



REVISTA DEL COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE LLEIDA

Infermeres en **FUITA**

Treballar a la presó

Infermeres
emprenedores

El CAP Eixample



Elija ahorrar

Contrate ahora su seguro de automóvil con A.M.A.

Solo hasta el
31 de diciembre

HASTA

65%

DE DESCUENTO*

EN SU SEGURO

* Promoción válida para presupuestos de nueva contratación realizados del 1 de septiembre al 31 de diciembre de 2012.
No acumulable a otras promociones. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.

Y además:

- Excelente red de talleres preferentes A.M.A.
- Gestión de recursos de multas
- Vehículo de sustitución (según modalidad contratada)
- Asistencia en viaje 24 horas desde el kilómetro cero (incluyendo reparaciones urgentes en carretera)
- Peritaciones en 24 horas
- Atención jurídica telefónica (para cualquier circunstancia de su vida diaria)



Infórmese sobre todos nuestros Seguros y Servicios:

A.M.A. Lleida

973 22 47 83

Passeig de Ronda, 175-177

lleida@amaseguros.com



inf

DESEMBRE 2012

4	6	12	59
opinió	coll	recerca	actualitat
Víglies de Nadal	Lleida proclamada seu 2013 de la Trobada d'Investigació Infermera	Xarxes socials i artroplàstia total de genoll o maluc	Infermeres en fuga



72	77	80	83	88	92
empresa	especialitat	cap	treballar a...	món	formació
Inés Vilà i Sara Solans	Llevadora	Eixample	Presons	acadèmic Joan Blanco	Cursos i Màsters COILL



COL·LEGI OFICIAL
D'INFERMERES I INFERMERS
DE LLEIDA

El COILL no comparteix necessàriament les opinions dels autors dels escrits, els quals en són titulars i responsables.

Edita: COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE LLEIDA [Paer Casanovas, 37 altell. 25008 Lleida. Tel. 973 243 760. Fax 973 246 069. coill@coill.org] **[Junta de Govern:** Josep M. Camps Balagué (president), Montse Gea Sánchez (vicepresidenta), Miquel Àngel Calderó Solé (secretari), Mercè Folguera Arnau (vicesecretària), Mercè Porté Llotge (tresorera), Maria Montserrat Duch Clavé (vocal I), Ana M. Quintanilla Sanz (vocal II), Carmen Mayayo Monreal (vocal III), Lourdes Terés Vidal (vocal IV), Anabel Fernández Cuesta (llevadora)] **Realitza:** MISSATGES GESTIÓ DE COMUNICACIÓ SL [Gabinet de Comunicació i Premsa del COILL. C/ Vila de Foix 2, 2n 2a. 25002 Lleida. missatges@missatges.com] [Continguts, redacció, disseny i maquetació © Rafa Gimena, Montse Gimena, Neus Huguet, Sara Bobet] [Fotografia © Aida Felis i els autors] [Publicitat: Núria Martí-nez • nmartinez@missatges.com • 973 273 977]. **Imprimeix:** ARTS GRÀFIQUES BOBALÀ [Dipòsit Legal L-832-2012]. Trimestral / 3.000 exemplars.



2013:
iniciem la veritable
recuperació!



Vigílies de Nadal

CREC INTERPRETAR CORRECTAMENT l'ànim personal i institucional de tota la corporació del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Lleida fent públic el nostre desig de Bon Nadal i de prosperitat pel 2013.

Quan ens trobem encara capficats en una situació econòmica terriblement complexa, hem d'esforçar-nos, encara més, per evitar que la tradicional felicitació de festes sigui una rutina mecànica i buida de compromís. Ara més que mai ens hem de desitjar un futur immediat millor, capaç de posar un punt de llum al túnel pel qual la història ens fa circular des de fa uns quants anys.

Alguns experts assenyalen que, d'ençà del final de la Segona Guerra Mundial, el món industrial no coneixia un cicle negatiu tan agut i tan perllongat. Tanmateix, tots els ciutadans tenim formada sobre aquest fet una consciència ben clara i inequívoca. Tant de bo sigui així, perquè sembla imprescindible per iniciar la veritable recuperació que n'estiguem perfectament conscienciats. Només a partir d'aquest requisit estarem en condicions psicològiques d'afrontar el procés de recuperació.

Nosaltres, com a professió, ja ens hi hem ajustat considerablement. I així ho haurem de

per JOSEP MARIA CAMPS, president del Col·legi

mantenir al llarg de l'any que començarem. Però, en tot cas, l'austeritat no pot enterbolir l'esperança d'afrontar un Any Nou de reactivació que, tal vegada haurà de passar pel compliment d'un principi, per mi, prou evident: que visquem ni per damunt ni per davall de les nostres possibilitats reals de riquesa econòmica i de capacitat social. No és gens fàcil d'assolir el punt d'equilibri, però som del parer que resulta ineludible que ens hi ajustem sense defallir, amb serenor i fortalesa. I això sobretot, perquè la nostra societat no sols ha de suportar els embats de la crisi, sinó que a la vegada, ha de continuar arbitrant un sistema de protecció per a les franges socials més dèbils i que ho passen pitjor, i d'això, a la nostra professió en sabem força.

Mentrestant, donem a la nostra vida –personal i com a grup professional– un esforç complementari de fe i d'esperança. Aprenquem de la generació dels nostres pares i padrins, que fou capaç de remuntar depressions econòmiques, tan terribles o més, que les que nosaltres ara travessem.

En nom del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Lleida faig públic un missatge de pau i prosperitat per a tothom. Que tingueu molt bones festes nadalenques.[]



foto Rafa Gimena
MISSATGES

Lleida, seu 2013 de la

LA CIUTAT DE LLEIDA serà referència i espai de reflexió sobre la Investigació en Infermeria entre els dies 12 i 15 de novembre de 2013, setmana en què tindrà lloc la XVII Trobada Internacional d'Investigació en Cures. M. Luisa Guitard, degana de la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Lleida i Josep M. Camps, president del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Lleida –ambdós col·laboradors de les jornades– van recollir el passat 9 de novembre, el testimoni en l'edició del congrés celebrada a Cartagena entre el 6 i el 9 de novembre. L'organitzador d'aquest esdeveniment anual és l'entitat Investén de l'Institut de Salut Carlos III, depenent del Ministeri d'Economia i Competitivitat.

L'edició 2013 de Lleida comptarà amb la presència de reconeguts professionals de diferents disciplines de la salut i la investigació procedents de tot el món, entre els què destaquen la metgessa i monja Teresa Forcades i la catedràtica en Infermeria Hu Yan. Teresa Forcades –licenciada en Medicina per la Universitat de Barcelona i especialista en Medicina Interna per la Universitat de Nova York– inaugurarà les jornades amb la ponència que tractarà sobre “La vacuna del virus del papil·loma humà”. Per la seva part, Hu Yan –catedràtica de l'Escola d'Infermeria de la Universitat Fudan i directora del Centre d'Infermeria basat en l'Evidència i del Comitè Educatiu de la Associació d'Infermeres de Shangai– tancarà l'esdeveniment amb la conferència de cloenda “Estat actual i reptes de la Investigació en Cures en l'àmbit asiàtic”. El cicle d'activitats paral·leles realitzades al Palau de Congressos de La Llotja es complementarà amb la presentació dels treballs científics participants, tallers multidisciplinaris, taules rodones i la sessió plenària sobre la Investigació de Cures en el Marc Europeu que es durà a terme el dijous 14 de novembre.

2013!

entro
nal de
ón en
os

tional
search
nce

a, Esp
mbre 20



La delegació lleidatana
que va viatjar a Cartagena
per prendre el relleu en
l'organització del congrés.



PROGRAMA
www.newscoill.com

investigació INFERMERA

L'objectiu de la trobada és donar a conèixer els resultats d'estudis i pràctiques internacionals sobre les cures en diferents àmbits i obrir noves línies d'investigació.

El contingut de les sessions planificades tractarà altres temàtiques de caire sanitari, educatiu i social: l'aplicació de noves tecnologies en la salut, innovació, cures en dones, nens i adolescents, cures materno-infantils, envelliment i salut, cures pal·liatives, les cures en els malalts crítics, infermeria i salut mental, salut i poblacions vulnerables, salut i immigració, gestió en les cures, les malalties cròniques, salut comunitària, promoció i educació per la salut i docència en infermeria. La programació de les activitats afavorirà la vinculació entre els sectors clínic i universitari.

La jornada estarà organitzada, com cada any, per Investén de l'Institut de Salut Carlos III amb la finalitat d'impulsar la qualificació dels professionals en cures, enfortir la base científica d'infermeria i la provisió de cures. L'Institut de Salut Carlos III és el principal Organisme Públic d'Investigació, que financia, gestiona i executa la recerca en salut estatal. Investén, com a Unitat d'Investigació adscrita a l'Institut, té com a objectiu procurar el desenvolupament d'una estratègia a nivell nacional per fomentar i coordinar la recerca transversal i multidisciplinària en cures. L'any 2011 la seva tasca va ser reconeguda amb el premi nacional UESCE, en la modalitat d'Investigació en Infermeria. La trobada comptarà també amb la col·laboració de la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Lleida, el Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Lleida, la Diputació de Lleida, l'Ajuntament de Lleida, Turisme de Lleida, La Llotja-Palau de Congressos de Lleida, l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida i Missatges Gestió de Comunicació.[]



14 de setembre

foto IRB

Visita a l'IRB LLEIDA

El Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Lleida va participar en la visita guiada del 14 de setembre, a l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida, del qual n'és col·laborador.[]

rifa de nadal



El Col·legi ha obsequiat els col·legiats —donats d'ALTA i al corrent de PAGAMENT a data del sorteig— amb la quantitat de 0'50 euros del número 48.202 de la Rifa de Nadal del 22 de desembre de 2012.[]

13 de setembre a LLEIDA TV

Josep Maria Camps, president del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Lleida; Marina Peiró, directora d'Infermeria de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i Montserrat Gea, coordinadora del Màster de Recerca en Salut de la Universitat de Lleida i vicepresidenta del Col·legi; van participar a l'especial sobre Infermeria del Lleida Activa de Lleida Televisió, conduït per Josep Maria Sanuy.[]



lleidaactiva@tvlleida.com



20 de setembre I Jornada de Ferides Cròniques

EL COILL VA COL·LABORAR amb la "I Jornada de Ferides Cròniques: visió integral, abordatge unificat", que va tenir lloc el 20 de setembre de 2012, a l'Edifici Transfronterer del Campus de Capponet de la Universitat de Lleida (UdL). Lourdes Terés, vocal del Col·legi, va participar a la taula rodona de cloenda juntament amb la Dra. Marta Gabernet (Unitat Atenció al Ciutadà CatSalut), el Javier Jiménez (director de la Fundació SARQuavita), la Dra. Luisa Guitard (degana de la Facultat d'Infermeria de la UdL) i la Teresa Solà (membre del Comitè Organitzador).[]



10 d'octubre
Jornada
d'Urgències i
Emergències
EXTRAHOSPITALÀRIES



JOSEP MARIA CAMPS, president del COILL, va lliurar el premi "Millor Pòster" de la I Jornada d'Urgències i Emergències Extrahospitalàries de les Terres de Ponent, celebrada el 10 d'octubre a Juneda.

4 d'octubre **CERCA BIBLIOGRÀFICA**, impartit pel professor Roland Pastells a la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Lleida (UdL).[]



Cursos



8 i 15 d'octubre **PRESCRIPCIÓ INFERMERA**, impartits per Josep Maria Camps, Meritxell Cunillera i Encarna Domènech.[]

6 de novembre **ATENCIÓ INTEGRAL AL PACIENT OSTOMITZAT**, impartit per Àngels Herrada.[]



28 de novembre **APROXIMACIÓ A LA PATOLOGIA PSIQUIÀTRICA DES DE LA CONSULTA INFERMERA**, impartit per Esther Torrente.[]

h2>conveni

- Compte Expansió PRO
- Compte Expansió Negocis PRO
- Bestreta Nòmina
- Préstec Nòmina
- Crèdit Familiar
- Pòlissa de crèdit professional
- Crèdit Curs
- Crèdit Estudis
- Crèdit Màster
- Hipoteca Bonificada
- Pòlissa de crèdit a 1 any
- Préstec Professional
- Préstec Inici
- Lísing
- AutoRenting
- Préstec Hipotecari
- Línies Subvencionades
- Dlpòsit Vinculació 12 mesos
- Dlpòsits garantits
- Pla Estalvi
- Pla Creixement
- Fons d'inversió
- Pla de Pensions
- Pla de Previsió Assegurat
- Life Care
- Serveis Banca Distància



p>foto BANC SABADELL

El Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Lleida ha signat un conveni amb el Banc Sabadell perquè els col·legiats, els seus empleats i familiars de primer grau –així com els treballadors del COILL– es beneficiïn dels productes i serveis financers per a col·lectius de professionals que ofereix l'entitat bancària.

Les condicions econòmiques de l'oferta ofereixen múltiples beneficis en funció del tipus de producte seleccionat que s'adapta de forma personalitzada a les necessitats de cada client. Les possibilitats varien entre els serveis de finançament d'economia personal, finançament d'activitat professional o estalvi i previsió. Destaquen el compte Expansió PRO i el compte Expansió Negocis PRO.

A més, el Col·legi podrà sol·licitar a Banc Sabadell l'estudi d'altres productes i serveis financers que cobreixin les demandes específiques de les infermeres i infermers lleidatans. (Més informació al COILL). []

“Sigo dudando de que las redes sociales a su alrededor influyan en el mismo modo que otras”

Influencia de las redes sociales en la recuperación tras una artroplastia total de rodilla o cadera

e una persona sin redes
r pueda recuperarse del
a con más apoyo social”

españa



INÉS ORTIZ, AUTORA DEL ESTUDIO, TRABAJA
EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DE LLEIDA.

foto Aida Felis
MISSATGES

INÉS ORTIZ CATALÁN

autora del estudio

INFLUENCIA DE
LAS REDES SOCIALES
EN LA RECUPERACIÓN TRAS
UNA ARTROPLASTIA TOTAL
DE RODILLA O CADERA

2º Premio de Investigación
de Enfermería de Lleida 2012.



INÉS ORTIZ CATALÁN es la autora del estudio “Influencia de las redes sociales en la recuperación tras una artroplastia total de rodilla o cadera” –segundo mejor trabajo del XXII Premio de Investigación de Enfermería que concede el Col·legi Oficial d’Infermeres i Infermers de Lleida– y trabaja en el Hospital de Santa María de Lleida.

Ortiz, diplomada en Enfermería y máster universitario de Ciencias de la Enfermería, ha ejercido también en la empresa Gestió de Serveis Sanitaris y en la Fundación Adesma. Tiene además los posgrados de Autoformación para diplomados en enfermería, Atención al paciente dependiente: heridas crónicas, Cuidados de enfermería al paciente neurológico y Nutrición y dietética clínicas.

“ Conclusión de la autora

A PESAR DE NO HABER CONSEGUIDO PROBAR la hipótesis principal de este estudio, considero que las redes sociales sí tienen que jugar un papel fundamental en la recuperación de las personas sometidas a una artroplastia de rodilla o cadera. Debido a la naturaleza del proyecto planteado (el trabajo de final de máster) y el tiempo disponible para llevarlo a cabo, los resultados obtenidos se corresponden a una población determinada, pero no se pueden extrapolar a la población general de Lleida pues no se ha alcanzado el tamaño muestral y se ha utilizado un muestreo consecutivo. Creo que mediante un proyecto más ambicioso, podría demostrarse que las redes sociales y el apoyo que éstas ofrecen son imprescindibles para una recuperación más temprana en estos pacientes. Sigo dudando de que una persona sin redes sociales a su alrededor pueda recuperarse del mismo modo que la que tiene una red más extensa y, presumiblemente, con más apoyo social. Tal vez deberían incluirse variables como los días de estancia hospitalaria (valorar si se corresponden los mismos días en ambos grupos) y así discernir si las redes sociales sólo actúan en la recuperación a muy corto plazo, y estudiar a estos pacientes un año después de la intervención (momento en el que se obtienen los mejores resultados).

Como he dicho, y aunque no haya conseguido probar mi hipótesis, creo que merece la pena destacar la mejoría que tienen estos pacientes en tan sólo tres meses. Para estas personas, el dolor, que llevan arrastrando durante años debido a la osteoartritis y la limitación funcional que les provoca, disminuye de una forma notable, a pesar de los duros momentos que atraviesan al inicio de la recuperación. Al principio no veían la luz, pero es muy gratificante a nivel personal y profesional poder demostrar que, al cabo de relativamente poco tiempo, todo el esfuerzo que estaban haciendo (y nosotras también) tuviera su recompensa. Y cosas tan sencillas (a priori) como levantarse de la cama o poder ir solos al baño, dejaron de ser obstáculos para el mantenimiento de su propia autonomía, independencia y bienestar personal.[]

INÉS ORTIZ CATALÁN

índice

REPRODUCCIÓN
DEL ESTUDIO ORIGINAL
©COILL. TODOS LOS
DERECHOS RESERVADOS

foto INGIMAGE

2º PREMIO

INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA
2012
del Col·legi Oficial d'Infermeres
i Infermers de Lleida

Autora:
Inés Ortiz Catalán

agradecimiento de la autora

“La soledad se admira y desea
cuando no se sufre,
pero la necesidad humana
de compartir cosas es evidente”.

Carmen Martín Gaité,
novelista española (1925-2000)

• • • •

A toda mi familia.

AGRADECIMIENTOS Y RESUMEN	16
1. INTRODUCCIÓN	20
2. MARCO CONCEPTUAL	21
3. JUSTIFICACIÓN	31
4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	32
5. MÉTODO	33
6. RESULTADOS	39
7. DISCUSIÓN	53
8. CONCLUSIONES	55
9. BIBLIOGRAFÍA	56

SIGLAS Y ABREVIATURAS

- ASA: Sociedad Americana de Anestesiología
- ATC: Artroplastia Total de Cadera
- ATR: Artroplastia Total de Rodilla
- AVD: Actividades de la Vida Diaria
- AVID: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
- EPESE: Epidemiologic Studies of the Elderly
- EPISER: Estudio de Prevalencia de Enfermedades Reumáticas
- GOSS: Groningen Orthopaedic Social Support Scale
- IQ: Intervención quirúrgica
- IRS: Índice de Red Social
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- SF-36: Short Form-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36)
- WOMAC: Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index

RESUMEN...

Aunque el camino recorrido hasta llegar a este punto no ha sido fácil, son muchas las personas a las que me gustaría mostrar mi agradecimiento por la ayuda, el apoyo y la confianza que me han brindado durante este tiempo.

En primer lugar, quisiera mostrar mi máximo agradecimiento al Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Lleida por haberme entregado este importante premio de investigación y fomentar la formación continuada entre todos los profesionales que formamos parte de él.

Quisiera agradecer a l'Escola Universitària d'Infermeria o, mejor dicho, Facultat d'Infermeria de la Universitat de Lleida, la oportunidad que me ha dado para completar mi formación universitaria, iniciada aquí hace ya algunos años y que tan buenos recuerdos me trae, como alumna y como coordinadora del Consell de l'Estudiantat d'Infermeria.

Como referente en esta Facultad y muy especialmente en los estudios del Máster en Ciencias de la Enfermería agradezco muy sinceramente la colaboración y ayuda "técnica" que el Dr. Miguel Ángel Escobar Bravo me ha ido ofreciendo para conseguir, finalmente, presentar la presente memoria de trabajo.

No puedo olvidar la confianza, la comprensión y la ayuda que la Dirección de Enfermería del Hospital Santa María de Lleida (Gestió de Serveis Sanitaris) —especialmente Pilar Sanmartín— me ha transmitido. Si no hubieran confiado en este proyecto y, mucho más importante, no hubieran confiado en mí, me hubiera resultado imposible materializar este trabajo, pero tampoco hubiera sido posible que aprendiera a "ser una enfermera de verdad".

En este sentido, quisiera agradecer a mis compañeras, a las de "nuestra planta" del hospital, la empatía, la colaboración y el cariño que me han regalado cada una de las tardes en que iba a ver "si ya habían llegados mis prótesis..." y que me han facilitado toda su ayuda para poder ofrecer lo máximo de mí misma.

Mi más sentido agradecimiento también a mis compañeras de clase y amigas, Lara y Yolanda, que me han apoyado para evitar abandonar este proyecto en los momentos de mayor debilidad y han estado siempre a mi lado cuando las he necesitado.

Tampoco puedo dejar de mencionar a todas las personas, pacientes y familiares, que han participado de forma voluntaria y desinteresada aportando un poquito de sí mismos y que han colaborado al máximo conmigo como investigadora y como enfermera para que todo saliera de la mejor manera posible.

Finalmente, quisiera mostrar mi máxima gratitud a mi familia, por toda la paciencia que habéis "gastado" durante este proyecto, que ya es tan mío como vuestro. A mis padres, por apoyarme siempre como enfermera y como persona. A mis hermanos, por animarme continuamente a seguir mi formación "porque yo puedo hacerlo". A mi padrina, porque gracias a ella he descubierto la gran cantidad de cosas de la vida que podemos aprender de las personas mayores. A Ramón, mi marido, por su apoyo, su paciencia, su comprensión, su tiempo, su amor y porque para que yo cumpliera uno de mis sueños, ha renunciado a muchos de los suyos. Y a quién ya llegó, porque sin saberlo me ha alentado para acabar este trabajo, cerrar una etapa maravillosa de mi vida y comenzar otra totalmente diferente.

¡Muchísimas gracias a todos!

"He descubierto la gran cantidad de cosas de la vida que podemos aprender de las personas mayores"

agradecimientos



RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La artrosis es una enfermedad osteoarticular muy prevalente cuyas consecuencias son dolor, rigidez, deformidad y pérdida de la función articular. Debido al desarrollo médico, económico y social de los países desarrollados, el número de artroplastias articulares aumenta anualmente como tratamiento para la artrosis de cadera o rodilla. Una de las medidas de contención de costes de la sanidad pública es la reducción de las estancias hospitalarias y la rehabilitación domiciliaria. Por ello, las redes sociales de estos pacientes (principalmente las familias) pueden proporcionar el apoyo que requieren durante las primeras fases de la recuperación tras una artroplastia total de rodilla o cadera.

OBJETIVO

El objetivo principal de este estudio es determinar si las redes sociales están relacionadas con una mayor recuperación (en términos de dolor, rigidez y capacidad funcional) de los pacientes intervenidos de artroplastia total de cadera o de rodilla en el Hospital Santa María de Lleida.

MÉTODO

Se realizó un estudio longitudinal prospectivo incluyendo a todos los pacientes ingresados de forma consecutiva en el Hospital Santa María entre el 13 de febrero de 2011 y el 30 de junio de 2011 que cumplían los criterios de inclusión (diagnóstico de coxartrosis o gonartrosis, sin dificultad idiomática y aceptar voluntariamente la inclusión mediante el consentimiento informado). De forma preoperatoria se evaluó el dolor, la rigidez y la capacidad funcional que presentaban mediante el cuestionario Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) y las redes sociales de las que disponían mediante el cuestionario Índice de Red Social (IRS). A los 3 meses de la artroplastia, se evaluó nuevamente el dolor, la rigidez y la capacidad funcional mediante una llamada telefónica.

RESULTADOS

La muestra final fue de 64 personas con una edad media de 72,38 años (DE 7,77). Las puntuaciones del cuestionario WOMAC presentaron una mejoría clínica y estadísticamente significativa en cuanto a dolor, rigidez y capacidad funcional ($p < 0,01$). La puntuación media obtenida en el IRS fue de 1,15 (DE 0,31) sobre 2 puntos. La media de la subred estructura social fue de 0,69 (DE 0,14) y de la subred participación social de 0,45 (DE 0,27). Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la diferencia de puntuaciones de dolor y el tipo de artroplastia realizado, entre la diferencia de puntuaciones de rigidez y el riesgo quirúrgico y entre la diferencia de puntuaciones de capacidad funcional e IMC. No se encontró relación entre la recuperación del dolor, de la rigidez y la capacidad funcional y las redes sociales con que contaban los pacientes incluidos en el estudio.

CONCLUSIÓN

Las redes sociales no influyen en la recuperación tras una artroplastia total de cadera o rodilla.[]

1. introducción

La artrosis es la enfermedad osteoarticular más prevalente en la raza humana y es una de las principales causas de discapacidad en el mundo (1). Puede afectar a todas las articulaciones, pero las más frecuentemente afectadas son las de las manos, rodillas y caderas (2).

Las principales consecuencias que ocasiona son dolor, rigidez, deformidad y pérdida de la función articular, lo que puede producir una afectación importante para la realización de algunas actividades de la vida diaria (2).

El tratamiento de la artrosis es sintomático principalmente, pero en el caso de que este tratamiento no sea suficientemente efectivo puede indicarse una opción quirúrgica tal como la artroplastia total de rodilla o cadera.

Las prótesis de rodilla y cadera reducen el dolor, incrementan la capacidad funcional y mejoran la calidad de vida de estos pacientes (3).

En los países occidentales, debido al desarrollo médico, económico y social, el número de artroplastias totales aumenta año tras año, pero la contención de costes en la sanidad pública española implica una disminución de la duración de las estancias hospitalarias tras este tipo de intervención quirúrgica y, como consecuencia, el tratamiento de rehabilitación se ha trasladado del hospital al domicilio de los pacientes (1).

Por este motivo, resulta fundamental el papel que tienen las redes sociales de estas personas durante el periodo postoperatorio y hasta que alcanzan la máxima independencia posible. Las redes sociales, formadas principalmente por las familias, pueden proporcionar el apoyo que estos pacientes requieren durante las primeras fases de la recuperación tras una artroplastia total de rodilla o cadera (4).[]

2. marco conceptual

2.1. LA ARTROSIS

Tradicionalmente, la artrosis se ha definido como “una enfermedad que se caracteriza por la pérdida progresiva del cartílago articular con diferentes grados de hipertrofia ósea e inflamación en la articulación” (2).

En la actualidad, la artrosis se define como “una artropatía degenerativa, inflamatoria y crónica que involucra todas las estructuras de la articulación (cartílago hialino, membrana sinovial, hueso subcondral y cápsula articular) y se debe a un trastorno en la regulación de la degradación y síntesis de la matriz extracelular del cartílago articular, donde el hueso subcondral y la membrana sinovial están también implicados en un proceso inflamatorio mediado por citoquinas y factores de crecimiento que participan en el proceso de remodelación ósea y destrucción articular” (5).

La artrosis comporta diferentes niveles de dolor y de limitación de la movilidad articular. Cualquier articulación sinovial puede estar afectada por la artrosis, y en cuanto a las articulaciones periféricas, las articulaciones afectadas más frecuentemente son las de las manos, las rodillas y las caderas (2).

Las principales manifestaciones clínicas de la artrosis son (6):

1. Dolor articular.
2. Limitación de movimientos.
3. Crujidos.
4. Ocasionalmente, derrame sinovial y grados variables de tumefacción.
 - Deformidad y mala alineación.
 - Inestabilidad.
 - Rigidez articular.

Entre los factores de riesgo conocidos que predisponen a la aparición de la enfermedad se encuentran los factores de riesgo generales no modificables, como: edad, sexo, raza y sus-

ceptibilidad genética; y los modificables, como: obesidad, actividad física y laboral, alteraciones de la alineación articular y del desarrollo articular, traumatismos o cirugías previas y menopausia (5).

Aunque es difícil conocer la prevalencia mundial de artrosis, está claro que aumenta con la edad casi de manera indefinida puesto que es un proceso irreversible, es rara en menores de 45 años, y afecta sobre todo a mujeres, aunque la diferencia entre sexos depende de la localización de la artrosis y del grupo de edad. Las estimaciones mundiales son que el 9,6% de los hombres y el 18% de las mujeres mayores de 60 años padecen artrosis sintomática (7).

La artrosis es la enfermedad osteoarticular más prevalente en la raza humana y la causa más frecuente de discapacidad en Estados Unidos (1). Este hecho asociado al incremento de la expectativa de vida hará que en el año 2.020 la artrosis sea la cuarta causa de discapacidad en el mundo (7).

Existen diversos estudios que muestran las diferentes cifras de prevalencia según las poblaciones (8). Por ejemplo, en Estados Unidos, una revisión de estudios con distintas definiciones llegó a una estimación global de la prevalencia de la artrosis, por historia y examen físico, en población mayor de 25 años, de alrededor del 12% y de artrosis asociada a incapacidad funcional del 3%. En Ontario, Canadá, por encuesta poblacional, la prevalencia asciende al 18% de la población mayor de 16 años y a un 2,5% de artrosis invalidante. En Escocia, por encuesta a médicos de familia, la prevalencia estimada de artrosis es del 6,5%.

En general, la artrosis de rodilla afecta por igual a los dos sexos, si bien en mujeres es más frecuente la gonalgia y menos frecuente la artrosis radiológica, sobre todo a edades poco avanzadas. Los signos radiológicos aumentan progre-

sivamente con la edad, más rápido en mujeres y en personas obesas. Además, parece existir un patrón de afectación radiológica dependiente del sexo ya que la artrosis femoropatelar aislada es más frecuente en mujeres y la tibiofemoral en hombres. La gonalgia aumenta con la edad, si bien es constante una disminución de su prevalencia en grupos de edad avanzada, por encima de los 70 años (8).

Existe una gran discordancia entre la prevalencia de síntomas y de signos radiológicos en la artrosis de rodilla. La prevalencia de la artrosis de rodilla en la población mayor de 40 años se estima en un 20% y la de la gonalgia, en un 25%. Aproximadamente la mitad de las personas con gonalgia tiene signos radiológicos de artrosis, y menos de un cuarto de los que tienen una radiografía compatible con artrosis tienen algún grado de dolor (8).

En cuanto a la artrosis de cadera, es difícil establecer una cifra de prevalencia en mayores de 40 años, pero probablemente está por debajo del 5%. No hay claras diferencias en cuanto a prevalencia o gravedad de sexos, aunque hay una tendencia a ser más frecuente en hombres. Se ha visto que la artrosis de cadera es más frecuente en poblaciones occidentales que en asiáticas y africanas (8).

Existen muy pocos datos de la incidencia de la artrosis por la dificultad de definirla y de identificar el momento en que comienza (8). En 1.995 se llevó a cabo un estudio entre los miembros de una sociedad médica de Massachussets, Estados Unidos, para conocer la incidencia de artrosis, definida como la primera evidencia de artrosis por radiografía más síntomas articulares en el momento, o hasta un año antes, de la radiografía. La incidencia, estandarizada por edad y sexo, era de artrosis de rodilla de 2,4/1.000 personas-año (IC95% 2,2-2,6) y de artrosis de cadera de 0,9/1.000 personas-año (IC95% 0,8-1,0). En la cohorte de Framingham, la incidencia anual en mayores de 50 años se estimó en el 2% para signos radiográficos en rodilla, el 1% para artrosis sintomática de rodilla y el 4% de progresión radiológica.

En general, la incidencia de cualquier tipo de artrosis aumenta con la edad y la tasa es mayor para mujeres que para hombres en artrosis de

rodilla y mayor para hombres en el caso de artrosis de cadera (8).

En España se han realizado relativamente pocos estudios para conocer la prevalencia de la artrosis.

El estudio epidemiológico realizado por la Sociedad Española de Reumatología en el año 2.000 (Estudio EPISER) (9), ofrecía los siguientes resultados: la artrosis sintomática en mayores de 20 años localizada en rodillas oscila alrededor del 10,2% y del 5,34% para la localizada en las manos. No se estudió la prevalencia de artrosis de cadera.

Un estudio más reciente realizado en el País Vasco con una muestra final de 7.577 personas concluye que la prevalencia de osteoartrosis de cadera es de aproximadamente el 7,4%, siendo un poco más elevada en mujeres (8,0%) que en hombres (6,7%) y tiende a aumentar con la edad (10). En cuanto a la osteoartrosis de rodilla, la prevalencia es del 12,2%, siendo significativamente más alta en mujeres (14,9%) que en hombres (8,7%). También tiende a aumentar con la edad.

La artrosis constituye una patología de alta prevalencia y con un gran impacto socioeconómico y de gran consumo de recursos sanitarios tanto en atención primaria como a nivel hospitalario (6).

La incapacidad temporal y la incapacidad permanente consumen una parte notable de las tres posibilidades de impacto social de la artrosis:

- Utilización de servicios de cuidado médico y social.
- Alteración de la productividad laboral, compensación por baja transitoria y consumo de pensiones de discapacidad permanente.
- Impacto sobre la política social.

El coste de las enfermedades reumáticas y, fundamentalmente, el de la artrosis, se está incrementando en todo el mundo como consecuencia de la compensación por discapacidad laboral. En 1.980, el coste laboral y de utilización de los servicios sanitarios representaba en Estados Unidos el 0,8% del producto nacional

bruto, mientras que en 1.992 se había incrementado al 2,5%. Este incremento seguirá progresando y en Estados Unidos se espera que el número de personas con artropatías se incremente un 50% para el año 2.020 con respecto a las cifras actuales, pasando de 40 a 60 millones de pacientes (6).

La osteoartritis supone el 17,5% de los casos de discapacidad en Estados Unidos, siendo la principal causa y cuyo coste supera los 120 billones de dólares al año en tratamiento médico y pérdidas salariales (4).

En España, la artrosis es una de las causas más frecuentes en Atención Primaria y tiene un elevado coste socioeconómico, habiéndose estimado que tendría un coste anual de, al menos, 511 millones de euros al año (5).

El dolor articular, la rigidez y el limitado grado de movimiento articular causados por la artrosis afectan a la realización de algunas actividades de la vida diaria (AVD) tales como bañarse, vestirse, comer, ir al baño, la transferencia y la deambulación. En el caso de la coxartrosis, las personas afectadas tienen dificultad para cruzar una pierna sobre la otra, calzarse o ponerse los calcetines. Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) más afectadas por la presencia de dolor y limitado balance articular son la preparación de comida, ir de compras, manejar el dinero y el mantenimiento del hogar (4).

2.2. ARTROPLASTIAS DE SUSTITUCIÓN

Las artroplastias de cadera o rodilla son procedimientos quirúrgicos indicados en personas con gran deterioro articular, dolor intenso y limitación articular que no han respondido al tratamiento conservador, por lo que suele ofrecerse como última opción de tratamiento en la osteoartritis (3,11).

Los candidatos a artroplastia articular tienen dolor articular severo, rigidez, cojera, debilidad muscular, limitación de movimiento e hinchazón de las articulaciones afectadas. Todo esto supone que estas personas experimenten depresión, estrés, reducción de la productividad,

reducción de la actividad de ocio y disminución del deseo sexual y de la actividad (4).

Las artroplastias de cadera y rodilla reducen el dolor, incrementan la capacidad funcional y mejoran la calidad de vida de los pacientes (3).

El primer reemplazo de cadera se llevó a cabo en Inglaterra en la década de 1.960, revolucionando el tratamiento de la coxartrosis en pacientes de edad avanzada. Sin embargo, las primeras artroplastias totales de rodilla no fueron tan exitosas, por lo que en la década de 1.970-1.980 se consideró una técnica con malos resultados. A partir de entonces, se han ido perfeccionando en cuanto a diseño y uso de nuevos materiales en un intento de reproducir la anatomía normal de la rodilla con mínima fricción articular, con conservación de sus ligamentos de tal modo que permitieran estabilizar cierto movimiento rotacional (12).

Actualmente, en Estados Unidos se realizan unas 300.000 artroplastias de rodilla y 120.000 artroplastias de cadera al año. Se prevé que en los próximos 30 años la demanda de artroplastias totales aumente un 40%. Debe considerarse que, hasta hace unos años, las personas mayores de 75 años no eran candidatas a un reemplazo articular "ya que su vida no permitiría el tiempo suficiente para el uso de la nueva articulación" (4).

En Cataluña este tipo de procedimientos quirúrgicos se encuentran entre los más frecuentes y los que más lista de espera generan (3,13). Entre 1.994 y 2.008 las artroplastias de cadera pasaron de 4,1 a 11,5 intervenciones por 10.000 habitantes y las artroplastias de rodilla de 2,6 a 18,8 intervenciones por 10.000 habitantes. Hay que tener en cuenta que una tercera parte de las prótesis de cadera se aplican para el tratamiento de un proceso traumático (sobre todo, la fractura subcapital del fémur) y no sólo para el tratamiento ortopédico de la artrosis (2).

En el año 2.009, en Cataluña se han realizado 14.086 artroplastias de rodilla y es el segundo tipo de intervención más frecuente (situada detrás de la cesárea en el régimen de hospitaliza-

ción convencional). La artroplastia de cadera motivó 8.745 intervenciones y está situada en el quinto lugar. Además, es uno de los procedimientos quirúrgicos con una edad media más alta, siendo ésta de 72,4 años en el año 2.009 (situada en tercer lugar) (13).

Por otro lado, los costes de este tipo de procedimientos son elevados, estimados en 8.737 euros para las artroplastias primarias totales de cadera (ATC) y en 8.047 euros para las de rodilla (ATR) en 2002 (14).

En el estudio realizado por Ramón Rona S (1), el coste total medio de la artroplastia total de sustitución de rodilla en un hospital de tercer nivel es de 7.467,91 euros para una estancia hospitalaria media de 14 días (Hospital de la Vall d'Hebrón de Barcelona). Hay que destacar que el 50% del coste total se debe al quirófano y al implante (17,3% y 32,7%, respectivamente), y un 42,3% está relacionado con el coste de la estancia hospitalaria total (reanimación y planta convencional).

Navarro JL y Hernández E (15) calcularon el coste por año de vida ajustado por la calidad (AVAC) en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada en 2005, que resultó de 4,64 y 0,86 AVAC en intervenciones de rodilla y cadera, respectivamente. En su estudio se calculó el coste por proceso de prótesis de rodilla, que fue de 6.865,52 €, y de cadera, de 7.891,21 €. El coste por AVAC ganado es de 1.275,84 € y 7.936,12 € para las intervenciones de rodilla y cadera, respectivamente. El coste por AVAC ganado tras artroplastia de rodilla y cadera está dentro del límite considerado aceptable en España (30.000 € por AVAC) y resulta bien posicionado en comparación con otras intervenciones.

Los análisis de supervivencia de las prótesis tanto de cadera como de rodilla sugieren unos buenos resultados en el 90% de los casos a los 10 años (16). Las artroplastias totales de rodilla y cadera alivian el dolor y restauran la función en el 90% de los pacientes (16). Las complicaciones son relativamente raras, con una mortalidad inferior al 1% en los 90 primeros días tras la intervención. En este periodo, el 1% de los pacientes sufren un tromboembolismo pulmo-

nar o un infarto de miocardio. La dislocación de la prótesis sucede en el 3% de los casos y un 0,4% de los pacientes con artroplastia de rodilla y un 0,2% con artroplastia de cadera sufren infección profunda de la articulación (16).

En los resultados del estudio de Escobar et al. (17) se observa que a los 6 meses de una artroplastia total de rodilla, el dolor, la rigidez y limitación funcional medidas mediante el cuestionario WOMAC disminuyen de forma significativa (54,6 (DE 18,2) a 22,9 (DE 18,5), 56,1 (DE 24,5) a 30,0 (DE 22,5), y 60,3 (DE 17,7) a 32,1 (DE 19,7), respectivamente).

Existen diversos factores relacionados con los resultados obtenidos tras las artroplastias de sustitución, tanto de cadera como de rodilla.

• Edad

En la revisión realizada por Young et al. (18), la edad afecta a los resultados funcionales tras una artroplastia total de cadera y a la supervivencia de la prótesis, obteniéndose los mejores resultados en los pacientes con edades comprendidas entre los 45 y los 75 años. Los pacientes menores de 45 años tienen peores resultados a largo plazo debido a sus altas expectativas y a la alta exigencia física de la prótesis.

• Sexo

El efecto del sexo en los resultados tras una artroplastia son contradictorios. En general, puede considerarse que las mujeres obtienen mejores resultados funcionales y de supervivencia de las prótesis de cadera, pero las diferencias pueden atribuirse parcialmente a otros factores como el nivel de estudios, la edad, el peso o el número de patologías asociadas (18).

Los hombres tienen un mayor riesgo de revisión de artroplastias tanto de cadera como de rodilla (de 3 a 5 veces más) y una mortalidad más elevada que las mujeres (19).

Respecto al sexo en relación con el dolor postoperatorio, no se encuentran resultados concluyentes (19).

• Peso

Existe controversia en cuanto a si el peso está relacionado con peores tasas de fallo de prótesis de cadera o no. Sin embargo, hay que tener en cuenta el hecho de diferenciar el peso en

términos absolutos (por ejemplo, 75 kg) y la obesidad como medida relativa en relación con la talla (por ejemplo, IMC superior a 30). Un peso superior a 72,6 kg parece estar relacionado con peores resultados tras una artroplastia total de cadera; sin embargo, el índice de masa corporal, no (18). En el estudio de Santaguida et al. (19), los pacientes obesos intervenidos de artroplastia de rodilla tienen peores resultados a nivel funcional, pero no se encuentran diferencias estadísticamente significativas.

• Estado civil y apoyo social

Las artroplastias totales de cadera magnifican la necesidad de apoyo social a corto plazo. Greenfield et al. vieron que los pacientes casados obtienen mejores resultados funcionales tras una artroplastia total de cadera que los solteros (20). Otros estudios muestran que los pacientes con mejor apoyo social tienen menores tasas de dislocación de la prótesis y una mayor calidad de vida postoperatoria (18).

Weinberger et al. observaron que una intervención tan simple como 12 llamadas telefónicas durante un periodo de 6 meses en pacientes con osteoartritis aumenta la percepción de apoyo social y está asociado con un incremento del nivel de funcionamiento autopercebido (21).

• Estado socioeconómico, educativo y etnia

Aunque el estado socioeconómico, el nivel educativo y la etnia pueden tener un impacto en la salud, el efecto de estos factores en las artroplastias totales es todavía bastante desconocido. Estos factores influyen en los hábitos de vida, lo cual afecta a la evolución tras una artroplastia. Por ejemplo, un nivel socioeconómico alto puede estar asociado con un mejor resultado funcional y de supervivencia de la prótesis porque estos pacientes tienen mayores oportunidades de modificar otros factores de riesgo. Greenfield et al. encontraron que los pacientes con un nivel de escolarización alto y los caucásicos tenían las puntuaciones más altas en las actividades instrumentales de la vida diaria. Schäfer et al. vieron que el riesgo de no mejoría funcional tras una artroplastia total de cadera era menor cuanto más alto era el nivel de escolarización (12 vs 8 años: OR=0,49; IC95% 0,27-0,89) (18, 22).

• Estado funcional preoperatorio y nivel de actividad

Respecto al estado funcional de los pacientes, el predictor más importante del estado funcional postoperatorio es el estado funcional preoperatorio (16,17).

En el estudio de Escobar et al. se concluye que, después de ajustar por sexo y edad, la puntuación inicial de cada dominio del SF-36 y WOMAC es el determinante más fuerte de la puntuación post-operatoria a los 6 meses de la operación de rodilla (17).

Fortin et al. (24) demuestran que los pacientes con peor función física preoperatoria, la función física y el dolor no mejoraron de forma postoperatoria al mismo nivel que los que tenían una mejor función antes de la intervención quirúrgica. Los pacientes con peor calidad de vida, menor función física y mayor dolor preoperatorio continúan teniendo más dolor y peor función física que los que tenían mejor estado funcional preoperatorio.

En la revisión realizada por Montin et al. (23), el único factor que afecta a los resultados de los pacientes es el pobre estado funcional preoperatorio. Estos pacientes tienen más dolor postoperatorio y menor capacidad física postoperatoria.

El estudio de Nilsdotter et al. evalúa los resultados referidos por los pacientes durante un periodo de 7 años tras una artroplastia total de cadera (25). Los mejores resultados se producen a los 12 meses de la intervención (tanto en alivio del dolor como capacidad funcional), pero muestra resultados muy satisfactorios en el alivio del dolor a largo plazo. Esto contrasta con los resultados a largo plazo tras una artroplastia total de rodilla, donde los pacientes refirieron más dolor a partir de los 5 años (26). En cuanto a la capacidad funcional, si se compara el grupo de pacientes intervenidos de artroplastia total de cadera con el grupo de control, los pacientes operados obtuvieron resultados peores a los 7 años de la intervención.

• Comorbilidad

De la revisión de Young et al. se concluye que el efecto de la comorbilidad es controvertido, pero parece tener un efecto negativo en el esta-

do funcional postoperatorio. Algunos estudios muestran que el resultado funcional tras una artroplastia sí está asociado con las patologías asociadas (18).

2.3. LAS REDES SOCIALES

Las personas mayores con osteoartritis se esfuerzan durante el pre y el postoperatorio de una artroplastia articular con la necesidad de mantener su independencia gracias al apoyo físico y emocional que le ofrecen los que les rodean. Generalmente, necesitan que haya una persona que les ayude con las tareas del día a día (bañarse, calzarse, hacer las tareas domésticas...), pues el dolor y la limitación funcional ocasionados por la artrosis les impiden mantenerse con el mismo nivel de actividad previo al inicio de la enfermedad (4).

El término redes sociales fue acuñado por primera vez por los antropólogos británicos John Barnes y Elizabeth Bott en 1.954. Para ellos resultaba imprescindible considerar otros lazos, más allá de las relaciones familiares, residenciales o de grupo social, para explicar aspectos como el acceso a puestos de trabajo, la actividad política y los roles maritales (27-29).

El primer modelo conceptual sobre el efecto de las relaciones sociales sobre la salud fue propuesto por Cassel en 1.976 con la teoría del apoyo social (30), sistematizando el conocimiento acumulado hasta aquel momento mediante la revisión de 30 trabajos en animales y seres humanos que habían mostrado un efecto protector de las relaciones sociales. Éstos pusieron de manifiesto que las relaciones sociales pueden promover la salud a través de diferentes medios, y plantearon la hipótesis de que las relaciones sociales moderan o anulan el efecto negativo del estrés psicosocial y otros factores de riesgo para la salud.

Especialmente en la última década del siglo XX y desde la publicación de Cassel, muchos investigadores han publicado sus trabajos sobre la relación de las redes y el apoyo social con la mortalidad general y con diversos aspectos del proceso salud-enfermedad. House et al., Cohen

y Berkman et al. han realizado revisiones sobre este tema (31-33).

Aunque en la literatura científica los términos red social y apoyo social se definen de forma similar y se ha impuesto el término redes sociales para referirse a ambos de forma indistinta, debe reservarse el término redes sociales para los aspectos estructurales, mientras que el apoyo social sería una de las funciones de esos elementos de estructura (34).

El término relaciones sociales hace referencia, de forma global, al conjunto de personas con la que interacciona el individuo, a las características de los vínculos que se establecen entre ellas, así como a las interacciones que se producen a través de dichos vínculos.

Las redes sociales hacen referencia a los aspectos estructurales de las relaciones sociales, englobando el tejido de individuos con los que uno tiene relaciones interpersonales y los vínculos que se establecen, en término de número de miembros, frecuencia de contacto, diversidad de vínculos, reciprocidad e intimidad.

La integración social de las personas se produce mediante redes informales (aquellas que comprenden los vínculos informales: amigos y familiares), y redes formales o participación (relaciones sociales debidas a la posición o rol del sujeto dentro de la sociedad: asociaciones, clubes, actividades organizadas,...).

El apoyo social es la función que tienen las relaciones sociales y hace referencia a las interacciones personales dentro de dicha estructura, el contenido relacional de las mismas: el apoyo instrumental, emocional, la vinculación social o desarrollo de roles sociales, e incluso la tensión social o efectos negativos de las redes sociales. Las redes sociales operan sobre el bienestar a través del flujo de apoyo social.

A partir de las pruebas proporcionadas por las diversas revisiones realizadas, Berkman y Glass elaboraron un modelo conceptual más completo y con una gran aceptación en la literatura científica sobre la influencia de las relaciones sociales en la salud (Figura 1) (33).

Este modelo se presenta como una cascada de acontecimientos en la que los condicionantes socioestructurales de una comunidad determinan unos patrones de redes sociales específicos que, a través de diversos mecanismos, actúan

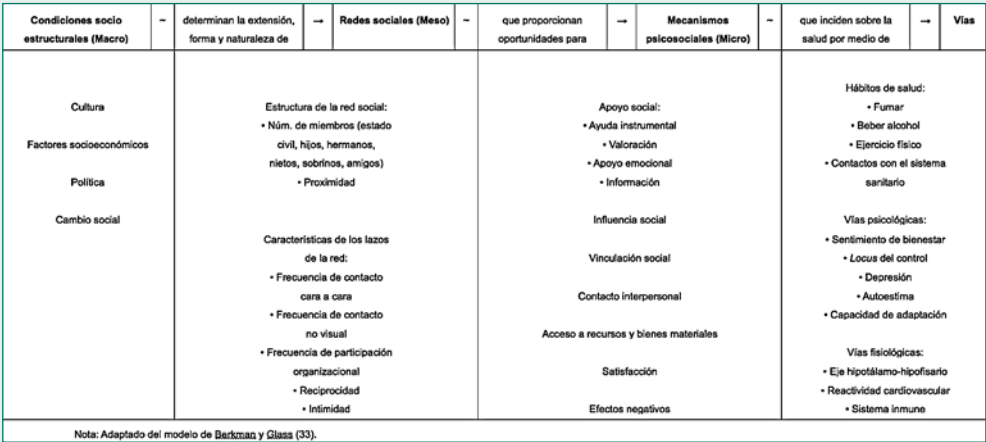


Figura 1. Modelo conceptual de Berkman y Glass.

sobre vías comunes psicológicas, fisiológicas o de hábitos de vida (saludables o nocivos) que son las que acaban produciendo los efectos sobre la salud (27,34).

En primer lugar se encuentran los condicionantes socioestructurales, que incluyen los factores socioeconómicos (mercado laboral, presiones económicas), la cultura, la política y los cambios sociales (industrialización, urbanización, envejecimiento). Estas fuerzas macrosociales afectan a la estructura de las redes sociales (34).

El siguiente eslabón de la cadena son las redes sociales descritas en este modelo en base a su estructura (incluye: tamaño: número de miembros que la componen; densidad: grado en que los miembros de la red están conectados unos a otros; acotación: el grado en el que los miembros se definen en base a estructuras grupales tradicionales como de vecindad o laborales; y homogeneidad: grado en que los individuos son iguales a los otros en la red) y a las características de los lazos (incluye: frecuencia de contacto: número de contacto en persona, por teléfono o correo; multiplicidad: número de tipo de transacciones o apoyo; duración: tiempo que hace que se conocen; y reciprocidad: grado en el que los intercambios son recíprocos) (34).

En tercer lugar aparecen varios mecanismos psicosociales que influyen en las vías y hábitos que afectan a la salud a través de las redes sociales. Entre ellos se encuentra el apoyo social, que puede ser instrumental, emocional, infor-

mativo o de valoración. Por influencia social se entienden los valores y normas explícitos o implícitos que regulan los comportamientos en una comunidad. La vinculación social incluye el desarrollo de roles sociales u ocupacionales (por ejemplo, el cuidado de los hijos o los ancianos) que proporcionan un sentimiento de valía, de pertenencia a la comunidad y de identidad. Esta vinculación genera además oportunidades para disfrutar de la compañía de otros. Otros mecanismos psicosociales son el contacto interpersonal (en el que las redes sociales en función de su composición y tipos de contactos pueden afectar a la salud mediante la limitación o la exposición a diversos factores de riesgo como agentes de enfermedades transmisibles o hábitos nocivos) y el acceso a recursos y bienes materiales (incluye el acceso a oportunidades económicas y laborales, cuidados de salud de calidad, acceso a vivienda, acceso a capital humano y acceso a contactos institucionales) (34). El modelo original no incluye los aspectos de satisfacción con la red social ni sus posibles efectos negativos, algo que sólo recientemente ha sido tenido en cuenta y que se relaciona con redes muy extensas, muy demandantes de ayuda, que no cumplen las expectativas del individuo o que son críticas con él (34).

El esquema recoge finalmente las vías comunes finales por las que se producen los efectos sobre la salud. A través de los mecanismos psicosociales y de las vías descritas, las relaciones sociales influyen en comportamientos relacionados con la salud como el consumo de alcohol

y/o tabaco, la actividad física, los patrones alimentarios, las prácticas sexuales o el abuso de drogas ilegales. Por otro lado, también influyen en algunos estados emocionales o cognitivos como la autoestima, la capacidad de adaptación, la depresión, el sentimiento de bienestar o autoeficacia. Además, las relaciones sociales pueden tener un efecto directo sobre la salud incidiendo por una serie de vías fisiológicas relacionadas con las respuestas al estrés (34).

Como se ha comentado previamente, se han realizado numerosos estudios para cuantificar la relación entre las redes y relaciones sociales y diversos aspectos relacionados con la salud.

- **Las redes sociales disminuyen el riesgo de morir.**

En 1.979, Berkman y Syme (35) publicaron un estudio donde analizaron la probabilidad de morir en 4.475 adultos, entre 30 y 69 años en 1.965, durante un periodo de 9 años (Alameda County Study). Los sujetos completaron una encuesta que preguntaba acerca de la presencia o ausencia de cuatro tipos de vínculos sociales: estar casado, contacto con la familia extendida y amigos, pertenencia a la iglesia y pertenencia a otros grupos, formales o informales. Realizaron el "Berkman-Syme Social Network Index", que resultó ser un importante predictor de mortalidad. En este estudio se obtuvo una odds ratio de 2.0, lo que indicaba que las personas con niveles más bajos en este índice tenían dos veces más de probabilidades de morir que las personas con resultados más altos en este índice.

House et al. (36) y Kaplan et al. (37) encuentran que las relaciones sociales influyen en la mortalidad global para los hombres, pero esta influencia desaparece para las mujeres.

En el metaanálisis realizado por Holt-Lunstad et al. (38), que incluye 148 estudios (308.849 participantes) con un periodo de seguimiento medio de 7,5 años, se indica que las personas con relaciones sociales adecuadas tienen un 50% más de probabilidades de sobrevivir si se comparan con las que tienen pobres o insuficientes relaciones sociales. La magnitud de este efecto es comparable con dejar de fumar y supera a muchos de los factores de riesgo de

mortalidad bien conocidos como la obesidad o el sedentarismo.

- **Las relaciones sociales disminuyen el riesgo de depresión.**

Existe evidencia de que el apoyo social tiene un efecto directo sobre la depresión, donde altos niveles de apoyo social están asociados con bajos niveles de depresión (39).

- **Las relaciones sociales protegen del deterioro cognitivo de la vejez.**

Las pobres relaciones sociales, la participación infrecuente en actividades sociales y la separación social predicen el riesgo de deterioro cognitivo en las personas de edad avanzada. En el estudio de Zunzunegui et al. (40), la probabilidad de deterioro cognitivo fue menor tanto para hombres como para mujeres con una alta frecuencia de contacto visual con sus familiares y con integración social en la comunidad. El compromiso con los amigos parece tener un efecto protector para el deterioro cognitivo en las mujeres, pero no en los hombres.

- **Las relaciones sociales mejoran la supervivencia después de un infarto de miocardio.**

Berkman et al. realizaron un estudio para conocer si la falta de apoyo emocional podía incrementar el riesgo de mortalidad tras un infarto de miocardio. En el estudio de New Haven, con una muestra final de 194 personas que habían sido ingresadas por un infarto de miocardio, se concluye que los hombres y mujeres mayores sin fuentes de apoyo emocional tienen casi tres veces más de probabilidades de morir en los 6 primeros meses después de sufrir un infarto de miocardio que los que tienen una o más fuentes de apoyo (OR=2,9; IC95% 1,2-6,9) (41).

- **Las relaciones sociales disminuyen el riesgo de incapacidad funcional y aumentan la probabilidad de recuperación de la función.**

Mendes de León et al. (43), utilizando los datos del estudio Epidemiologic Study of the Elderly (EPESE), concluye que el tamaño de la red so-

cial y la interacción social están inversa y fuertemente relacionadas con la función física, es decir, los sujetos con una mayor red social presentan menor riesgo de disfunción física.

Unger et al. (44), utilizando la cohorte del MacArthur Study, encuentran que a mayor número de vínculos sociales, se produce un menor declive funcional (mucho más evidente entre hombres que en mujeres).

En cuanto a la recuperación de la función, un estudio realizado en la población mayor de Japón (45) indicaba que los mayores que tenían un rol social y que participaban en la vida social se recuperaban con mayor frecuencia que los mayores con menos participación social.

Sin embargo, Kiefer RA concluye en su tesis doctoral que mientras el apoyo social tiene una relación positiva con el bienestar autopercebido por las personas intervenidas de artroplastia total, no se encuentra relación entre los niveles de alto o bajo apoyo social y la recuperación funcional postoperatoria (4).

2.4. RELACIONES SOCIALES Y ARTROPLASTIAS ARTICULARES

Durante los últimos años, en los países occidentales, los avances médicos, económicos y sociales han hecho que aumente el número de artroplastias totales de cadera y de rodilla anualmente (4).

Uno de los objetivos prioritarios de la sanidad pública española es reducir los costes de todos los procesos. Para ello, deben reducirse los dos aspectos más costosos en relación a las artroplastias articulares: controlar los precios de los implantes y disminuir la estancia hospitalaria. El Servei Català de la Salut intenta obtener los mejores precios mediante concursos para prótesis articulares. Con respecto a la estancia hospitalaria, debido a las características intrínsecas del sistema sanitario público español, el paciente no realiza ningún desembolso directo cuando es atendido, por lo que no tiene la sensación de que los procesos terapéuticos tengan un coste real, lo que dificulta la gestión de las estancias hospitalarias (1).

Actualmente, se están aumentando los esfuerzos para reducir el coste de la unidad de hospi-

talización de agudos en artroplastias y desviar estos costes hacia la fisioterapia domiciliaria o bien hacia unidades de subagudos. El tratamiento de rehabilitación domiciliaria acorta la estancia hospitalaria, así como el tiempo de recuperación para mejorar el nivel funcional de cada paciente (1).

Durante la última década se ha producido una reducción de la estancia hospitalaria y, por consiguiente, la rehabilitación se ha trasladado del hospital al domicilio, donde el apoyo social (en todas sus dimensiones) es proporcionado por las redes sociales informales (familiares y amigos) (4).

Tener una red social sólida puede modificar los efectos negativos del estrés y proteger a los pacientes de una enfermedad física y emocional durante una crisis (46).

Del mismo modo, Blixen y Kippes (47) destacan la importancia del papel del apoyo social en la gestión de las enfermedades crónicas, tal como es la osteoartritis.

Durante los periodos de limitación física, tal como ocurre con la osteoartritis y tras las artroplastias articulares, las familias son la principal fuente de apoyo instrumental y emocional. La participación de los miembros de la red social informal juega un papel fundamental en el proceso de rehabilitación y recuperación. Diversos estudios muestran que la presencia de una pareja y tener contactos fuera del hogar están relacionados positivamente con la recuperación física (48,49).

En un estudio realizado por Cummings et al. (50), los adultos mayores con mayor apoyo social tuvieron una recuperación funcional más completa que los que tenían menos miembros en su red de apoyo social.

Escobar et al. (17) han demostrado que los pacientes con mayor apoyo social obtuvieron mejores resultados a los 6 meses tras una artroplastia total de rodilla en los tres dominios de WOMAC (dolor, rigidez y capacidad funcional) y en cuatro de los 8 dominios del SF-36 (salud general, función física, rol emocional, salud mental).



Las artroplastias de cadera y rodilla, aunque son intervenciones quirúrgicas seguras y exitosas, no están exentas de un riguroso periodo de recuperación y de la posibilidad de complicaciones para el paciente. Por ello, es vital que estas personas y los miembros que conforman sus redes sociales estén educadas y preparadas para el desafío del periodo de rehabilitación postoperatoria, cuyo objetivo principal es devolver a estos pacientes a su máximo nivel de habilidad funcional en el menor tiempo posible y a reducir el dolor ocasionado por la propia enfermedad y por la artroplastia en sí misma (4).

Una menor estancia hospitalaria con alta a domicilio requiere un sistema de apoyo social que provea la asistencia personal y profesional que estos pacientes requieren en las primeras fases de su recuperación. La provisión de apoyo social personal y profesional es crítica para conseguir la independencia y el máximo bienestar de estas personas (4).[]

3. justificación

Tal y como se ha desarrollado previamente, existen diversos factores que influyen en los resultados obtenidos tras una artroplastia total de cadera o rodilla, tales como el estado funcional preoperatorio o la edad, entre los cuales se encuentra el "apoyo social".

Si se tiene en cuenta que las redes sociales hacen referencia a los aspectos estructurales de las relaciones sociales y el apoyo social es la función de las relaciones sociales y hace referencia a las interacciones personales dentro de dicha estructura, es indispensable considerar la red social de una persona en sí misma como uno de los factores que pueden influir en la recuperación tras una intervención quirúrgica. Las redes sociales operan sobre el bienestar a través del flujo del apoyo social. Se asume que los beneficios de las redes sociales son directamente proporcionales al tamaño de las mismas y que tener una relación es equivalente a obtener apoyo de la misma, aunque debe considerarse que existe la posibilidad de la existencia de conflictos asociados a las relaciones sociales.

La importancia de la perspectiva estructural radica en la información que ofrece acerca de la disponibilidad potencial de apoyo, tal como se requiere en las primeras fases de recuperación tras una artroplastia de cadera o rodilla.

Este estudio pretende determinar si las redes sociales (en las dimensiones de estructura social y participación social) influyen de forma positiva en los resultados alcanzados tras una artroplastia total de cadera o de rodilla en los pacientes intervenidos en el Hospital Santa María de Lleida. De este modo, los planes de cuidados



de enfermería podrán ajustarse a las necesidades reales de los pacientes intervenidos y así mejorar los resultados de salud a largo plazo. Por ejemplo, si una persona no dispone de una red social adecuada, enfermería puede valorar de forma precoz la necesidad de búsqueda de un recurso sociosanitario para la rehabilitación física y hasta la independencia del paciente, evitando alargar la estancia hospitalaria por no haberse producido una coordinación anticipada entre centros y evitando, de este modo, incrementar los costes sanitarios derivados de la hospitalización convencional.[]

4. hipótesis y objetivos

4.1. HIPÓTESIS

Las redes sociales influyen de forma positiva en la recuperación de los pacientes tras una artroplastia total de cadera o de rodilla (en términos de dolor, rigidez y capacidad funcional).

4.2. OBJETIVO GENERAL

Determinar si las redes sociales están relacionadas con una mayor recuperación (en términos de dolor, rigidez y capacidad funcional) de los pacientes intervenidos de artroplastia total de cadera o de rodilla en el Hospital Santa María de Lleida.

4.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las redes sociales que tienen las personas intervenidas de artroplastia total de cadera o de rodilla en el Hospital Santa María de Lleida.
2. Describir la recuperación en cuanto a dolor, rigidez y capacidad funcional respecto a los valores preoperatorios según la perspectiva de los pacientes intervenidos quirúrgicamente.
3. Analizar la relación entre las redes sociales y la recuperación tras la artroplastia total de cadera o rodilla.[1]

5. método

5.1. DISEÑO

Se ha realizado un estudio longitudinal prospectivo para conocer la relación entre las redes sociales de los pacientes que van a ser intervenidos de artroplastia total de cadera o rodilla en el Hospital Santa María de Lleida y la recuperación postoperatoria en cuanto a dolor, rigidez y capacidad funcional.

En una primera fase, transversal, se describe el dolor, la rigidez y la capacidad funcional (preoperatorio), las redes sociales con que cuenta cada individuo y las variables de control (variables epidemiológicas, estado de salud y relacionadas con la intervención quirúrgica).

En una segunda fase, longitudinal, se analiza la recuperación postoperatoria en relación con los valores basales de dolor, rigidez y capacidad funcional, las redes sociales descritas en la primera fase y las variables de control.

5.2. POBLACIÓN

Se incluyen a todos los pacientes ingresados de forma consecutiva que van a ser tratados quirúrgicamente de artroplastia total de cadera y rodilla en el Hospital Santa María de Lleida entre el 13 de febrero de 2.011 y el 30 junio de 2.011 y que cumplen los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Pacientes diagnosticados de coxartrosis o gonartrosis que van a ser intervenidos de artroplastia total de cadera o rodilla en el Hospital Santa María de Lleida (Gestió de Serveis Sanitaris).
- Pacientes sin dificultad idiomática para comprender el cuestionario.
- Aceptar voluntariamente la inclusión en el estudio estableciendo su conformidad y aceptación del consentimiento informado mediante la firma de la hoja de consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que van a ser intervenidos de recambio de prótesis total de cadera o rodilla en el Hospital Santa María de Lleida (Gestió de Serveis Sanitaris).
- No aceptar la inclusión en el estudio.

5.3. MUESTRA

El tamaño muestral se calculó para estimar una media para un $\alpha=0,05$, asumiendo un margen de error de 0,03. El tamaño de la muestra teórico ajustado a las pérdidas (15%) fue de 172 pacientes como mínimo, teniendo en cuenta que la puntuación en el dominio de dolor según el cuestionario WOMAC a los 6 meses tras una artroplastia total de rodilla es de 22,9 y la desviación estándar de 18,5 (puntuaciones estandarizadas de 0 a 100, donde el 0 indica una salud óptima y el 100 indica el peor estado de salud posible) (17).

Se utilizó el muestreo consecutivo. Se incluyeron los datos de todos los pacientes intervenidos de artroplastia total de cadera o rodilla entre el 13 de febrero de 2.011 y el 30 de junio de 2.011. Durante este periodo se realizaron 91 artroplastias totales.

Diversos pacientes no incluyeron en este estudio:

- 10 personas se intervinieron de recambio de artroplastia total (10,99%).
- 6 personas no quisieron participar en el estudio (6,59%).
- 2 personas no pudieron participar en el estudio (2,2%): una de ellas por tener Alzheimer en fase avanzada y no poder responder adecuadamente las preguntas del cuestionario y otra de ellas por haber ingresado el mismo día de la intervención quirúrgica en el Hospital.

De las 73 personas que completaron el cuestionario y entraron en el estudio, se rechazaron a dos (2,2%) por no cumplir el criterio de inclusión "Diagnóstico de coxartrosis o gonartrosis", por lo que la muestra que completó la primera fase se compone de 71 pacientes (el 78% de la muestra potencial inicial).

De estos pacientes, 7 de ellos no completaron el cuestionario WOMAC a los 3 meses de la ar-

troplastia (4 personas no fueron localizadas y 3 personas no quisieron responder las preguntas), por lo que la muestra estudiada finalmente fue de 64 pacientes (el 70,33% de la muestra potencial inicial).

Debido al acotado tiempo disponible para realizar este estudio longitudinal prospectivo, la muestra final no alcanza el tamaño muestral teórico necesario. Asumiendo una precisión del 5% (y no del 3%), el tamaño muestral teórico ajustado a las pérdidas hubiera sido de 62 pacientes.

5.4. VARIABLES**5.4.1. Dolor, rigidez y capacidad funcional**

El Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) es un cuestionario específico para artrosis de rodilla y cadera que evalúa dolor, rigidez y capacidad funcional. Se desarrolló para poder disponer de un instrumento de medida estándar y válido internacionalmente para evaluar los resultados de los ensayos clínicos de tratamiento de la artrosis (51).

El cuestionario WOMAC es una escala compuesta por 24 ítems que se agrupan en tres dimensiones: 5 ítems sobre dolor, 2 sobre rigidez y 17 sobre capacidad funcional en general, siempre en relación con las articulaciones de rodilla y cadera. Cada uno de los ítems se contesta con una escala tipo Likert de 5 niveles que se codifican de la siguiente forma: ninguno=0, poco=1, bastante=2, mucho=3, muchísimo=4. Por tanto, en esta escala una puntuación mayor en un ítem o en una dimensión indica un peor estado en ese ítem o dimensión. Por el contrario, las puntuaciones menores se relacionan con un mejor estado en el ítem o dimensión respondida.

Para obtener la puntuación de cada escala o dimensión, se suman las puntuaciones de los ítems que componen la misma. De esta forma, las posibles puntuaciones para cada escala son: dolor: 0-20, rigidez: 0-8, capacidad funcional: 0-68.

Los autores recomiendan usar las tres escalas por separado, no sumándolas o agregándolas. Sin embargo, en caso de que se desee, puede obtenerse una puntuación global.

Entre las propiedades psicométricas de la versión original (52,53), la consistencia interna medida mediante el α -Cronbach obtuvo valores de 0,93 para la dimensión de dolor, de 0,97 para la rigidez y de 0,96 para la capacidad funcional.

La fiabilidad para las tres dimensiones del cuestionario no muestra diferencias significativas entre los valores del test-retest. Revisiones de la literatura científica estiman que la fiabilidad del test-retest para la subescala de dolor varía entre 0,77 y 0,86. Los coeficientes de correlación entre clase fueron de 0,74 para el dolor, 0,58 para la rigidez, y 0,96 para la capacidad funcional.

El proceso de traducción y adaptación a la población española fue llevado a cabo en 1994 (54). Escobar et al. (53) han validado la versión del cuestionario WOMAC en castellano. La validez convergente obtuvo un coeficiente de Pearson con valores entre 70,52 y 70,63. Los coeficientes obtenidos para la correlación de cada ítem-escala de la dimensión de dolor fue de 0,74 o superior, 0,91 o superior para la rigidez, y 0,61 o superior para la capacidad funcional. La fiabilidad medida mediante el test-retest obtuvo valores entre 0,66 y 0,81. La consistencia interna obtuvo un α de Cronbach con valores entre 0,81 y 0,93.

La sensibilidad al cambio mostró un tamaño efecto I con valores entre 1,5 y 2,2 para los pacientes intervenidos de artroplastia de cadera; en los pacientes intervenidos de artroplastia de rodilla fue de 1 a 1,8. La respuesta estandarizada obtuvo valores entre 1,3 y 1,9 en los pacientes con osteoartritis de cadera y de 0,8 a 1,5 en los pacientes con osteoartritis de rodilla.

Las variables evaluadas mediante el uso de este cuestionario son dolor, rigidez y capacidad funcional.

- **Dolor:** Definida como una sensación desagradable provocada por la estimulación perjudicial de las terminaciones nerviosas sensitivas. Se mide mediante la dimensión "Dolor" del

cuestionario WOMAC, que consta de cinco ítems con puntuaciones entre 0 y 20.

- **Rigidez:** Definida como la sensación de dificultad inicial para mover con facilidad las articulaciones tras un periodo de inactividad. Se mide mediante la dimensión "Rigidez" del cuestionario WOMAC, que consta de dos ítems con puntuaciones entre 0 y 8.

- **Capacidad funcional:** Definida como la habilidad de realizar tareas de función física tales como moverse, desplazarse o cuidar de sí mismo. Se mide mediante la dimensión "Capacidad funcional" del cuestionario WOMAC, que consta de 17 ítems con puntuaciones entre 0 y 68.

5.4.2. RED SOCIAL

Las redes sociales hacen referencia a los aspectos estructurales de las relaciones sociales, comprendiendo el tejido de individuos con los que uno tiene relaciones interpersonales y los vínculos que se establecen, en término de número de miembros, frecuencia de contacto, diversidad de vínculos, reciprocidad e intimidad.

En la literatura científica no existe consenso sobre cuál es el instrumento más adecuado para medir las redes sociales (34). Existen diversos cuestionarios que miden el apoyo social, como la Escala de Apoyo Social de Duke (55), que incluye un total de 9 ítems que pueden agruparse en tres escalas y una puntuación total de apoyo social (puntuaciones más altas indican una mayor percepción de apoyo social); el Groningen Orthopaedic Social Support Scale (GOSS) (56), desarrollado y validado en los Países Bajos, que mide el apoyo social percibido e instrumental en pacientes con artroplastia de rodilla o cadera; o el Berkman-Syme Social Network Index, que mide el número de amigos o familiares, el contacto con ellos o la presencia de un confidente (35).

A partir de la información recogida en la encuesta utilizada en este estudio, se ha utilizado el Índice de Red Social (IRS) global construido por Escobar Bravo MA (34) que recoge de forma sintética tanto la diversidad de vínculos contenidos en la red social de los pacientes como la fortaleza de cada uno de los vínculos

Componentes	Subred (Dimensiones medidas)	Rango
Estructura social	<i>Pareja</i> - Presencia/ausencia	(0-1) (0-1)
	<i>Hijos y nietos</i> - Tamaño: ninguno, uno, dos o tres, cuatro o más - Proximidad: <u>corresidencia</u> , de 0 a 15 minutos, entre 16 y 30 o más de 30 minutos - Frecuencia de contacto: se ven diariamente; se ven semanalmente o hablan por teléfono diariamente; se ven mensualmente o hablan por teléfono <u>semanalmente</u> ; se ven menos de mensualmente o hablan por teléfono mensualmente o menos	(0-3)/3 (0-3)/3 (0-3)/3 (0-3)/3
	<i>Hermanos</i> - Tamaño: ninguno, uno, dos o tres, cuatro o más - Proximidad: <u>corresidencia</u> , de 0 a 15 minutos, entre 16 y 30 o más de 30 minutos - Frecuencia de contacto: se ven diariamente; se ven semanalmente o hablan por teléfono diariamente; se ven mensualmente o hablan por teléfono <u>semanalmente</u> ; se ven menos de mensualmente o hablan por teléfono mensualmente o menos	(0-3)/3 (0-3)/3 (0-3)/3 (0-3)/3
	<i>Amigos</i> - Tamaño: ninguno, uno, dos o tres, cuatro o más - Proximidad: de 0 a 15 minutos, entre 16 y 30 o más de 30 minutos - Frecuencia de contacto: se ven diariamente; se ven semanalmente o hablan por teléfono diariamente; se ven mensualmente o hablan por teléfono <u>semanalmente</u> ; se ven menos de mensualmente o hablan por teléfono mensualmente o menos	(0-3)/3 (0-3)/3 (0-2)/2 (0-3)/3
	<i>Confidentes</i> - Presencia/ausencia - Frecuencia de contacto: se ven a diario, <u>semanalmente</u> mensualmente, menos	(0-2)/2 (0-1) (0-3)/3
	TOTAL Estructura social	(0-5)/5
Participación social	<i>Asociacionismo</i> : pertenencia a alguna asociación	(0-1)
	<i>Actividades sociales</i> : frecuencia con que acude: - al mercado o tiendas: nunca, menos de 4 veces al mes, semanalmente, entre 5 y 29 veces al mes, 30 o más veces al mes - da paseos por la plaza o el parque del barrio: nunca, menos de 4 veces al mes, semanalmente, entre 5 y 29 veces al mes, 30 o más veces al mes - acude al hogar o club del pensionista: nunca, menos de 4 veces al mes, semanalmente, entre 5 y 29 veces al mes, 30 o más veces al mes - acude a la iglesia o centro de culto: nunca, menos de 4 veces al mes, semanalmente, entre 5 y 29 veces al mes, 30 o más veces al mes	(0-4)/4 (0-4)/4 (0-4)/4 (0-4)/4
	TOTAL Participación social	(0-2)/2
	TOTAL ÍNDICE DE RED SOCIAL	0-2

Tabla 1. Composición y rangos del Índice de Red Social.

que la componen (Tabla 1). La consistencia interna (α de Cronbach) del Índice de Red Social global fue de 0,65; para la subred de estructura social fue de 0,65, y para la participación social, de 0,43.

El Índice de Red Social está formado por dos componentes, estructura social y participación social, descritos a continuación.

• **Estructura social:** Las subredes que lo forman son: a) pareja (presencia, ausencia); b) hijos y nietos: tamaño (0, 1, 2 o 3, 4 o más); proximidad (corresidencia, de 0 a 15 minutos, entre 15 y 30 minutos, o más de 30 minutos) y frecuencia de contacto (se ven diariamente; se ven semanalmente o hablan por teléfono diariamente; se ven mensualmente o hablan por teléfono semanalmente; se ven menos de mensualmente o hablan por teléfono mensualmente o menos); c) hermanos: tamaño (0, 1, 2 o 3, 4 o más); proximidad (corresidencia, de 0 a 15 minutos, entre 16 y 30 minutos, o más de 30 minutos) y frecuencia de contacto (se ven diariamente; se ven semanalmente o hablan por teléfono diariamente; se ven mensualmente o hablan por teléfono semanalmente, se ven menos de mensualmente o hablan por teléfono mensualmente o menos); d) amigos: tamaño (0, 1, 2 o 3, 4 o más); proximidad (de 0 a 15 minutos, entre 16 y 30 minutos, o más de 30 minutos) y frecuencia de contacto (se ven diariamente; se ven semanalmente o hablan por teléfono diariamente; se ven mensualmente o hablan por teléfono semanalmente o menos); y e) confidentes: (presencia, ausencia); y frecuencia de contacto (se ven a diario, semanalmente, mensualmente o menos).

te o menos); c) hermanos: tamaño (0, 1, 2 o 3, 4 o más); proximidad (corresidencia, de 0 a 15 minutos, entre 16 y 30 minutos, o más de 30 minutos) y frecuencia de contacto (se ven diariamente; se ven semanalmente o hablan por teléfono diariamente; se ven mensualmente o menos o hablan por teléfono semanalmente, se ven menos de mensualmente o hablan por teléfono mensualmente o menos); d) amigos: tamaño (0, 1, 2 o 3, 4 o más); proximidad (de 0 a 15 minutos, entre 16 y 30 minutos, o más de 30 minutos) y frecuencia de contacto (se ven diariamente; se ven semanalmente o hablan por teléfono diariamente; se ven mensualmente o hablan por teléfono semanalmente o menos); y e) confidentes: (presencia, ausencia); y frecuencia de contacto (se ven a diario, semanalmente, mensualmente o menos).

- **Participación social:** Está constituido por: a) asociacionismo: pertenencia a alguna asociación (sí, no); b) actividades sociales: frecuencia con que acude al mercado o tiendas; da paseos por la plaza o el parque del barrio; acude al hogar o club del pensionista; acude a la iglesia o centro de culto (nunca, menos de cuatro veces al mes, semanalmente, entre 5 y 29 veces al mes o más de 30 veces al mes).

A todos los rangos reflejados en la tabla anterior se le aplicó la estandarización consistente en dividir el valor obtenido por el máximo valor alcanzable en cada una de las variables. De esta forma, todas las subredes pueden tomar valores entre 0 y 1. Asimismo, se aplica esta estandarización a los componentes estructura social y participación social, tomando también éstos valores entre 0 y 1. La puntuación total del IRS se obtiene mediante la suma de estas dos dimensiones pudiendo tomar valores entre 0 y 2.

5.4.3. VARIABLES DE CONTROL

VARIABLES EPIDEMIOLÓGICAS

- **Edad:** medida en años cumplidos. Se recoge la fecha de nacimiento del paciente y la fecha de inclusión en el estudio para establecer la edad real en el inicio de la entrada en el estudio.
- **Sexo:** variable con opción de respuesta dicotómica (hombre/mujer).
- **Nivel de estudios completados:** categorizada en: sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios, estudios universitarios.
- **Valores antropométricos:**
 - Peso:** medida en kilogramos (kg).
 - Talla:** medida en metros (m).
 - Índice de Masa Corporal (IMC):** resulta de la división del peso (kg) y la talla al cuadrado (m²) multiplicado por 100. Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (57), se consideran los pacientes de bajo peso los que tienen un IMC inferior a 18,5; con peso normal, con valores entre 18,6 y 25; con sobrepeso, con valores entre 25,1 y 29,9; con obesidad de tipo I, con valores entre 30 y 34,9; con obesidad de tipo II, con valores entre 35 y 39,9; y con obesidad de tipo III u obesidad mórbida aquellos cuyo índice es superior a 40.

ESTADO DE SALUD

- **Riesgo quirúrgico:** Se ha utilizado la escala de la Sociedad Americana de Anestesiología (A.S.A.) (58) para estimar el riesgo que plantea la anestesia para los distintos estados del paciente. Comprende cinco categorías: clase 1: paciente sano (paciente sin afectación orgánica, fisiológica, bioquímica o psiquiátrica. El proceso patológico para la intervención está localizado y no produce alteración sistémica); clase 2: enfermedad sistémica leve (afectación sistémica causada por el proceso patológico u otra afectación fisiopatológica); clase 3: enfermedad sistémica grave, sin limitación funcional (afectación sistémica grave o severa de cualquier causa); clase 4: enfermedad sistémica grave con amenaza de la vida (las alteraciones sistémicas no son siempre corregibles con la intervención); clase 5: paciente moribundo (situación desesperada en la que el paciente tiene pocas posibilidades de sobrevivir, con o sin intervención).
- **Comorbilidad:** Se ha utilizado el Índice de Charlson (59,60) para predecir la mortalidad a largo plazo (1 año) en función de las patologías asociadas. En general, se considera ausencia de comorbilidad: 0-1 puntos, comorbilidad baja: 2 puntos, y alta comorbilidad: más de 3 puntos (Anexo 10.1.).

VARIABLES RELACIONADAS CON LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (ARTROPLASTIA TOTAL)

- **Tipo de intervención quirúrgica.** Categorizada en: artroplastia total de rodilla derecha, artroplastia total de rodilla izquierda, artroplastia total de cadera derecha, artroplastia total de cadera izquierda.
- **Artroplastias previas.** Categorizada en: ninguna, artroplastia total de rodilla derecha, artroplastia total de rodilla izquierda, artroplastia total de cadera derecha, artroplastia total de cadera izquierda, varias artroplastias.

5.5. MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS

El día del ingreso programado para la intervención quirúrgica propuesta (durante la tarde anterior a la artroplastia total de cadera o rodilla y una vez se instalaron en la habitación del Hospital asignada), se informó a todos los

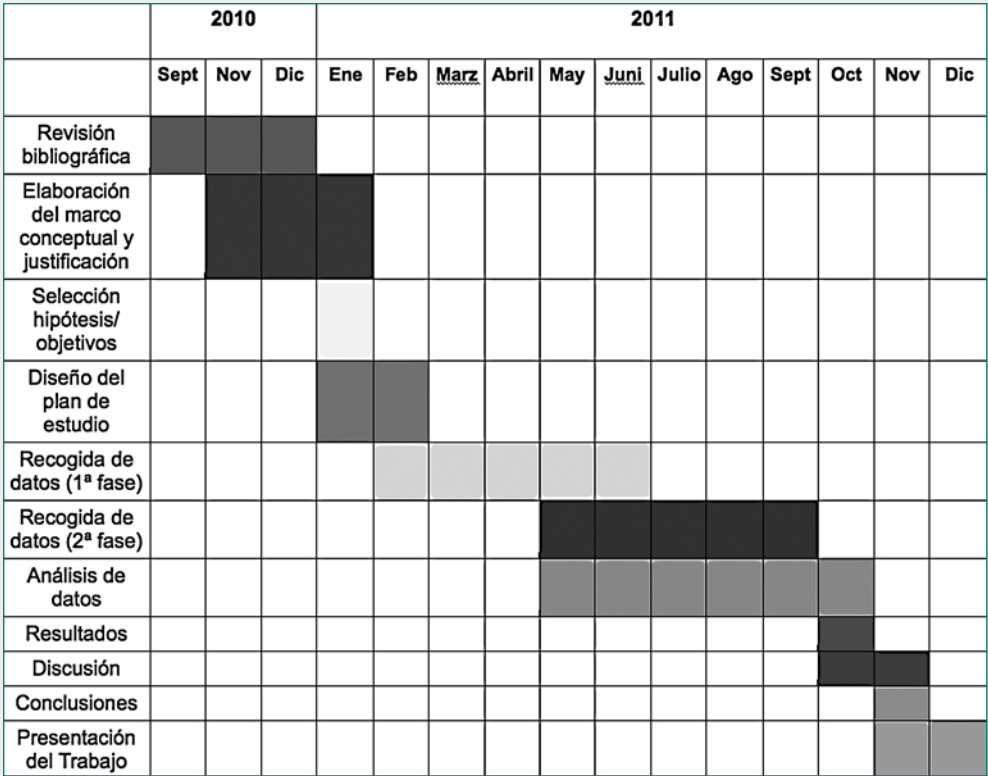


Figura 2. Cronograma del Trabajo de investigación.

sujetos elegibles para el proyecto, mediante un documento escrito en términos comprensibles, de la naturaleza del proyecto y de los procedimientos empleados en el mismo. Además, se les comunicó que se les sometería a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que habitualmente se prestan a cualquier paciente con su patología y se les advirtió de la inexistencia de perjuicios de cualquier tipo. Finalmente se les informó que la participación en el estudio era voluntaria y que en cualquier momento podían declinar libremente su participación en el mismo (Anexo 10.2.).

En todo momento se siguieron las normas de ética que debe seguir un estudio de esta naturaleza. El procedimiento para la obtención del consentimiento informado se sometió a la Dirección de Enfermería del Hospital Santa María (Anexo 10.3.).

Una vez obtenido el consentimiento del sujeto, se realizó la encuesta mediante el uso del

cuestionario diseñado para este estudio (Anexo 10.4.). De este modo, se determinaron los datos generales del paciente (variables de control), los valores de dolor, rigidez y capacidad funcional preoperatorios utilizando el cuestionario WOMAC y las redes sociales con las que contaba el paciente.

Tres meses después de la intervención quirúrgica, se evaluó nuevamente el dolor, la rigidez y la capacidad funcional que el paciente refería mediante el cuestionario WOMAC. La investigadora principal realizó una llamada telefónica mediante la cual se le pidió al paciente que respondiese nuevamente las preguntas incluidas en el cuestionario WOMAC, con una duración de aproximadamente cinco minutos. El cuestionario WOMAC posee unas propiedades métricas adecuadas para su uso por vía telefónica en la población con osteoartrosis de cadera y de rodilla, con una fiabilidad (alfa de Cronbach) de 0,92 (61).

5.6. CRONOGRAMA

A continuación se muestra el cronograma que se siguió para la elaboración del presente Trabajo de investigación (Figura 2). Se inició la búsqueda bibliográfica y revisión de la literatura científica en septiembre de 2010, pudiendo iniciar la recogida de datos de la primera fase a partir del día 13 de febrero de 2011. A los tres meses, se inició la segunda fase de recogida de datos, pudiendo comenzar el procesamiento y análisis de los datos de forma simultánea. En octubre de 2011 se desarrollaron los resultados, y entre octubre y noviembre de 2011 se elaboró la discusión, pudiendo establecer las conclusiones en noviembre de 2011 y realizar la redacción del informe final en noviembre de 2011 para poder hacer la presentación definitiva en diciembre del 2011.

5.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para realizar el análisis estadístico se creó un fichero único de datos a partir de los datos recogidos de los 64 pacientes. En este fichero único se procedió a la introducción de diferentes recodificaciones del formato de las variables y creación de nuevas variables. El análisis de los datos de este fichero único de datos se llevó a cabo con el paquete estadístico PASW® Statistics 18.

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de la población objeto de estudio según las variables de control. Las variables cualitativas o cuantitativas categorizadas se describieron utilizando tablas de frecuencia (frecuencia absoluta o relativa). Las variables cuantitativas se describieron con medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación típica y valores extremos). Se describieron las puntuaciones de dolor, rigidez y capacidad funcional según el cuestionario WOMAC (valores del preoperatorio y del postoperatorio). Se utilizó la prueba T de Student para muestras relacionadas para hacer una comparación de medias de las puntuaciones obtenidas. Se realizó una descripción detallada de las redes sociales con las que contaban los pacientes (estructura y participación social) incluidos en el estudio. Se realizó una comparación de medias del IRS utilizando la prueba T de Student para muestras independientes si las variables eran cualitativas dicotómicas, ANOVA un factor si eran cualitativas de tres o más categorías y la correlación de Pearson en el caso de tratarse de variables cuantitativas. Finalmente, para analizar el efecto de las redes sociales y variables de control sobre las variables dependientes (diferencia de dolor, diferencia de rigidez, diferencia de capacidad funcional y diferencia de puntuación total del cuestionario WOMAC), se emplearon análisis de regresión lineal múltiple. El nivel de significación estadística fue $p < 0,05$.[]



6. resultados

6.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

En la tabla 2 están resumidas las respuestas a las preguntas relacionadas con las variables de control.

La edad media de los pacientes intervenidos de artroplastia total de cadera o rodilla fue de 72,38 años (DE 7,77) y un rango de 31,53 (mínimo de 53,92 años y máximo de 85,45 años). Las mujeres representaban el 51,6% de

la población. Aproximadamente la mitad de la muestra tenía estudios primarios completados, y casi un 30% (29,7%) no los había finalizado, lo que representaba un total del 81,3% de los pacientes con formación académica mínima. El peso medio fue de 80,97 kg (DE 13,81) y la talla media fue de 1,61 metros (DE 0,08).

En cuanto al índice de masa corporal, la media fue de 31,50 (DE 5,34), con un mínimo de

Variable	n	%	Variable	n	%
Edad (años)	64	72,38 (7,77)*	IMC clasificado:	63	
			Peso normal	7	11,1
			Sobrepeso	18	28,6
			Obesidad tipo I	23	36,5
			Obesidad tipo II	12	19,0
			Obesidad tipo III	3	4,8
Sexo:	64		Riesgo quirúrgico (A.S.A.):	63	2,43 (0,56)*
Hombre	31	48,4	Clase 1	1	1,6
Mujer	33	51,6	Clase 2	35	55,6
			Clase 3	26	41,3
			Clase 4	1	1,6
Nivel de estudios completados:	64		Comorbilidad (Charlson):	64	0,67 (0,87)*
Primarios	33	51,6	Ausencia de comorbilidad	53	82,8
Secundarios	7	10,9	Comorbilidad baja	8	12,5
Universitarios	5	7,8	Comorbilidad alta	3	4,7
Sin estudios	19	29,7			
Peso (kg)	64	80,97 (13,81)*	Tipo de intervención:	64	
			Artroplastia de rodilla derecha	27	42,2
			Artroplastia de rodilla izquierda	11	17,2
			Artroplastia de cadera derecha	15	23,4
			Artroplastia de cadera izquierda	11	17,2
Talla (m)	63	1,61 (0,08)*	Artroplastias previas:	64	
			Ninguna	47	73,4
			Artroplastia de rodilla derecha	1	1,6
			Artroplastia de rodilla izquierda	7	10,9
			Artroplastia de cadera derecha	4	6,3
			Artroplastia de cadera izquierda	3	4,7
			Varias	2	3,1
IMC (kg/m²)	63	31,50 (5,34)*			
*Media (desviación estándar)					

Tabla 2. Frecuencia de las variables de control.

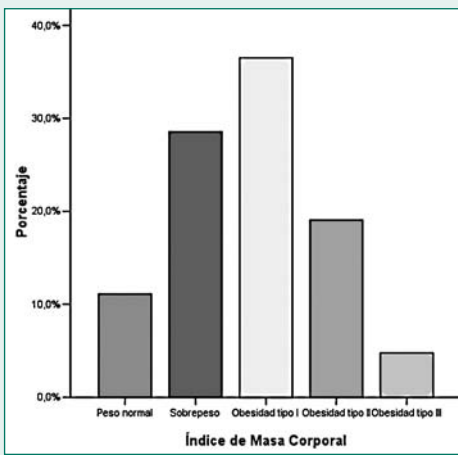


Figura 3. Distribución porcentual de la muestra según el índice de Masa Corporal.

21,48 y un máximo de 48,89, de los cuales un 60,3% tenían obesidad de tipo I, de tipo II o de tipo III. Únicamente 7 pacientes tenían un peso normal (el 11,1%). (Figura 3).

El 55,6% tenía un riesgo quirúrgico de clase 2 (enfermedad sistémica leve: afectación sistémica causada por el proceso patológico u otra afectación fisiopatológica) y el 82,8% tenía ausencia de comorbilidad según el índice de Charlson (entre 0 y 1 puntos). En cuanto al tipo de intervenciones realizadas, el 59,4% fueron artroplastias totales de rodilla (42,2% de rodilla derecha y 17,2% de rodilla izquierda), y el 40,6% fueron artroplastias totales de cadera

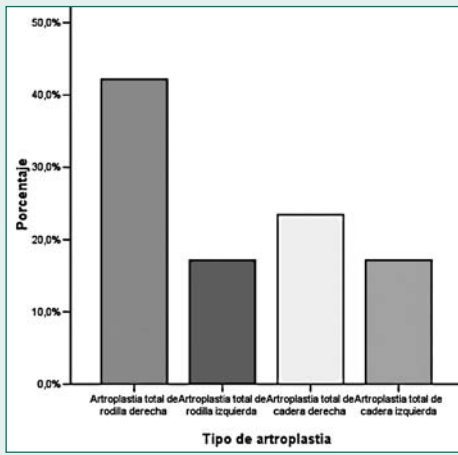


Figura 4. Distribución porcentual de la muestra según el tipo de artroplastia realizada.

(23,4% de cadera derecha y 17,2% de cadera izquierda) (Figura 4).

El 73,4% de los pacientes no habían sido intervenidos previamente de ninguna artroplastia, y únicamente dos personas se habían operado de varias.

6.2. DESCRIPCIÓN DE LA RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA EN CUANTO A DOLOR, RIGIDEZ Y CAPACIDAD FUNCIONAL.

Tal como se muestra en la tabla 3, los tres dominios que componen el cuestionario WOMAC presentaron una disminución de los valores medios en las sucesivas observaciones, lo que representa una mejoría en cuanto a los niveles percibidos por los pacientes a los 3 meses de la intervención tanto en dolor, rigidez y capacidad funcional, pasando de una media total de 56,84 puntos (DE 17,76) a 23,30 (DE 16,01) ($p<0,01$).

Respecto al dolor, se produjo una reducción de 6,92 puntos. En cuanto a la rigidez, la mejoría fue de 2,92 puntos. La capacidad funcional mejoró 23,55 puntos.

Sin embargo, cuatro personas manifestaron tener más dolor a los tres meses de la artroplastia que previa a ella, once personas reflejaron tener la misma o mayor rigidez que en el preoperatorio y dos personas puntuaron más alto, y por tanto, presentaron peor capacidad funcional a los tres meses.

En la tabla 4 se muestran las frecuencias de respuesta de las variables que componen el cuestionario WOMAC en el preoperatorio y a los tres meses de la intervención quirúrgica.

Antes de la artroplastia, los pacientes manifestaron tener el máximo dolor al subir o bajar

dominio	Media (previo)*	IC95%* (previo)	Media (post)*	IC95%* (post)	p
Dolor	10,92 (3,86)	9,95-11,69	4,00 (3,87)	3,03-4,97	0,00
Rigidez	4,87 (2,08)	4,36-5,39	1,95 (1,69)	1,53-2,37	0,00
Capacidad funcional	40,89 (13,23)	37,59-44,19	17,34 (11,90)	14,35-20,34	0,00
Total	56,84 (17,76)	52,41-61,28	23,30 (16,009)	19,30-27,30	0,00

Tabla 3. Puntuaciones de los dominios que componen el cuestionario WOMAC (preoperatorio y a los 3 meses de la intervención quirúrgica).

Variable	n	% previo	n	% post	Variable	n	% previo	n	% post
Dolor 1 (andar):	64		64		Capacidad 6 (andar):	64		64	
Ninguno	1	1,6	27	42,2	Ninguna	4	6,3	39	60,9
Poco	14	21,9	24	37,5	Poca	15	23,4	19	29,7
Bastante	19	29,7	11	17,2	Bastante	25	39,1	4	6,3
Mucho	20	31,3	1	1,6	Mucha	14	21,9	1	1,6
Muchísimo	10	15,6	1	1,6	Muchísima	6	9,4	1	1,6
Dolor 2 (subir o bajar escaleras):	64		64		Capacidad 7 (entrar/salir coche):	64		64	
Ninguno	0	0,0	23	35,9	Ninguna	2	3,1	17	26,6
Poco	3	4,7	23	35,9	Poca	3	4,7	26	40,6
Bastante	13	20,3	12	18,8	Bastante	15	23,4	17	26,6
Mucho	21	32,8	2	3,1	Mucha	24	37,5	2	3,1
Muchísimo	27	42,2	4	6,3	Muchísima	20	31,3	2	3,1
Dolor 3 (noche en cama):	64		64		Capacidad 8 (comprar):	64		64	
Ninguno	21	32,8	49	76,6	Ninguna	2	3,1	31	48,4
Poco	15	23,4	6	9,4	Poca	3	4,7	14	21,9
Bastante	12	18,8	5	7,8	Bastante	15	23,4	11	17,2
Mucho	8	12,5	2	3,1	Mucha	23	35,9	6	9,4
Muchísimo	8	12,5	2	3,1	Muchísima	21	32,8	2	3,1
Dolor 4 (sentado o tumbado):	64		64		Capacidad 9 (poner calcetines):	64		64	
Ninguno	20	31,3	41	64,1	Ninguna	6	9,4	18	28,1
Poco	20	31,3	13	20,3	Poca	12	18,8	19	29,7
Bastante	16	25,0	8	12,5	Bastante	6	9,4	9	14,1
Mucho	5	7,8	1	1,6	Mucha	18	28,1	6	9,4
Muchísimo	3	4,7	1	1,6	Muchísima	22	34,4	12	18,8
Dolor 5 (de pie):	64		64		Capacidad 10 (levantarse de la cama):	64		64	
Ninguno	0	0,0	24	37,5	Ninguna	6	9,4	39	60,9
Poco	7	10,9	23	35,9	Poca	12	18,8	17	26,6
Bastante	21	32,8	10	15,6	Bastante	19	29,7	5	7,8
Mucho	20	31,3	4	6,3	Mucha	19	29,7	2	3,1
Muchísimo	16	25,0	3	4,7	Muchísima	8	12,5	1	1,6
Rigidez 1 (despertarse):	64		64		Capacidad 11 (quitar calcetines):	64		64	
Ninguna	5	7,8	28	43,8	Ninguna	5	7,8	18	28,1
Poca	9	14,1	19	29,7	Poca	15	23,4	19	29,7
Bastante	14	21,9	14	21,9	Bastante	10	15,6	12	18,8
Mucha	21	32,8	2	3,1	Mucha	15	23,4	7	10,9
Muchísima	15	23,4	1	1,6	Muchísima	19	29,7	8	12,5
Rigidez 2 (resto del día):	64		64		Capacidad 12 (estar tumbado):	64		64	
Ninguna	3	4,7	20	31,3	Ninguna	17	26,6	47	73,4
Poca	8	12,5	24	37,5	Poca	25	39,1	13	20,3
Bastante	24	37,5	17	26,6	Bastante	11	17,2	3	4,7
Mucha	20	31,3	2	3,1	Mucha	8	12,5	1	1,6
Muchísima	9	14,1	1	1,6	Muchísima	3	4,7	0	0,0
Capacidad 1 (bajar escaleras):	64		64		Capacidad 13 (entrar/salir ducha/bañera):	64		64	
Ninguna	2	3,1	17	26,6	Ninguna	8	12,5	34	53,1
Poca	5	7,8	18	28,1	Poca	12	18,8	19	29,7
Bastante	15	23,4	23	35,9	Bastante	18	28,1	7	10,9
Mucha	21	32,8	2	3,1	Mucha	14	21,9	4	6,3
Muchísima	21	32,8	4	6,3	Muchísima	12	18,8	0	0,0
Capacidad 2 (subir escaleras):	64		64		Capacidad 14 (estar sentado):	64		64	
Ninguna	2	3,1	20	31,3	Ninguna	24	37,5	42	65,6
Poca	5	7,8	22	34,4	Poca	19	29,7	18	28,1
Bastante	19	29,7	17	26,6	Bastante	16	25,0	4	6,3
Mucha	17	26,6	3	4,7	Mucha	5	7,8	0	0,0
Muchísima	21	32,8	2	3,1	Muchísima	0	0,0	0	0,0
Capacidad 3 (levantarse después de sentado):	64		64		Capacidad 15 (sentarse/levantarse retrete):	64		64	
Ninguna	2	3,1	13	20,3	Ninguna	7	10,9	34	53,1
Poca	6	9,4	30	46,9	Poca	12	18,8	19	29,7
Bastante	18	28,1	17	26,6	Bastante	16	25,0	10	15,6
Mucha	23	35,9	1	1,6	Mucha	19	29,7	1	1,6
Muchísima	15	23,4	3	4,7	Muchísima	10	15,6	0	0,0
Capacidad 4 (estar de pie):	64		64		Capacidad 16 (tareas domésticas pesadas):	64		64	
Ninguna	3	4,7	25	39,1	Ninguna	2	3,1	9	14,1
Poca	8	12,5	17	26,6	Poca	1	1,6	26	40,6
Bastante	22	34,4	13	20,3	Bastante	17	26,6	14	21,9
Mucha	20	31,3	6	9,4	Mucha	11	17,2	8	12,5
Muchísima	11	17,2	3	4,7	Muchísima	33	51,6	7	10,9
Capacidad 5 (agacharse):	64		64		Capacidad 17 (tareas domésticas ligeras):	64		64	
Ninguna	4	6,3	18	28,1	Ninguna	4	6,3	28	43,8
Poca	6	9,4	20	31,3	Poca	15	23,4	22	34,4
Bastante	12	18,8	12	18,8	Bastante	12	18,8	10	15,6
Mucha	12	18,8	5	7,8	Mucha	18	28,1	1	1,6
Muchísima	30	46,9	9	14,1	Muchísima	15	23,4	3	4,7

Tabla 4. Frecuencia de las variables que componen el WOMAC (pre y postoperatorio).

escaleras, con una media de 3,16 (desviación estándar 0,90), con un 75,0% de ellos que respondieron que tenían mucho o muchísimo dolor. A los tres meses, el 71,8% (46 personas) refirieron no tener o tener poco dolor al realizar esta actividad, pero un no menospreciable 28,2% manifestó tener de bastante a muchísimo dolor. 57 personas (89,1%) reflejaron que al estar de pie, tenían de bastante a muchísimo dolor antes de la intervención, pero fueron 49 (76,6%) las que respondieron lo mismo en la pregunta referida al andar por un terreno llano. Las variables mejor puntuadas en este dominio son fueron las de dolor al estar sentados o tumbados, con un 62,6% de los pacientes con ningún o poco dolor; seguida por la del dolor por la noche en la cama, con un 56,2% que respondieron de igual forma.

En el postoperatorio, la pregunta mejor puntuada fue la del dolor por la noche en la cama, en la que el 76,6% refirió no tener ningún dolor, seguido por un 64,1% de las personas que manifestaron no tener dolor al estar sentados o tumbados.

Las puntuaciones también mejoraron en la pregunta acerca del dolor al estar de pie, en la que el 37,5% contestó que no tenía dolor. Sin embargo, 17 personas (26,6%) reflejaron tener de bastante a muchísimo dolor a los tres meses tras la artroplastia.

En cuanto a las preguntas relativas a la rigidez, 50 personas manifestaron tener de bastante a muchísima rigidez al despertarse por la mañana, pero fueron 17 las que reflejaron los mismos valores tres meses después de la artroplastia. El 43,8% (28 personas) no refirió tener dificultad para mover con facilidad las articulaciones al despertarse por la mañana. Durante el resto del día, 44 personas (68,8%) reflejaron tener bastante o mucha rigidez después de estar sentado, tumbado o descansando (antes de la intervención quirúrgica), frente a las 19 personas que puntuaron de la misma manera tres meses después.

Las preguntas con puntuaciones más elevadas en el preoperatorio respecto al grado de dificultad para realizar determinadas actividades fueron las referidas a la capacidad para realizar tareas domésticas pesadas, en la que más de

la mitad de los pacientes manifestaron tener muchísima dificultad para realizarlas, a la capacidad para agacharse para coger algo del suelo, en la que 42 personas (65,7%) contestó tener mucha o muchísima dificultad, y la capacidad para ir de compras, con un 68,7% de los pacientes que respondió que tenía mucha o muchísima dificultad para realizar esta actividad.

Entre las variables mejor valoradas está la de la capacidad para estar sentado, en la que el 37,5% y el 29,7% de los pacientes mostraron no tener o tener poca dificultad para hacerlo, respectivamente; seguida muy de cerca por la capacidad para estar tumbado, en la que 42 personas respondieron lo mismo.

El 87,4% tenía de bastante a muchísima dificultad para levantarse después de estar sentado, el 62,5% tenía mucha o muchísima dificultad para ponerse los calcetines o medias y el 53,1% la tenía para quitárselos. Además, un 59,3% reflejó tener mucha o muchísima dificultad para sentarse o levantarse del retrete.

A los tres meses tras la artroplastia, las puntuaciones mejoraron respecto a las del día anterior a la intervención. La pregunta con la puntuación más elevada fue la misma que la del preoperatorio (dificultad para realizar tareas domésticas pesadas), en la que 45,3% de las personas reflejaron tener de bastante a muchísima dificultad para realizarlas. Seguida muy de cerca se encuentra la dificultad para ponerse los calcetines o medias, en la que, aunque un 57,8% reflejó no tener o tener poca dificultad, un 18% tenía muchísima dificultad en realizar esta actividad. En tercer lugar por orden de puntuación se encuentra la dificultad para agacharse para coger algo del suelo, en la que 40,7% de las personas puntuaron tener de bastante a muchísima dificultad para hacerlo.

La pregunta mejor puntuada fue la referida a la dificultad para estar tumbado, a la que tres cuartas partes de los pacientes respondió que no tenía ninguna dificultad, seguida por la capacidad para estar sentado, con un 65,7% que contestó no tener o tener poca dificultad.

Un 48,4% no tenía dificultad para ir de compras, más de tres cuartas partes no tenía ninguna o tenía poca dificultad para entrar o salir de la ducha o la bañera, ni para sentarse o levantarse del retrete ni para levantarse de la cama.

6.3. DESCRIPCIÓN DE LAS REDES SOCIALES.

Tal como se muestra en la tabla 5, el 82,8% (53 pacientes) tenía pareja frente a un 17,2% que no. Un 7,8% de los pacientes no tenía ningún hijo o nieto vivo, frente a un 67,2% (43 personas) que tenía cuatro o más hijos y/o nietos. El 14,1% no tenía ningún hermano vivo y un 50% tenía únicamente uno. El 30,5% de los pacientes convivía con sus hijos y/o nietos, y un 52,5% vivía a una distancia de entre 0 y 15 minutos. El 78% se veían a diario y el 12% se veían semanalmente o tenían contacto telefónico diario.

En cuanto a los hermanos, un 47,3% estaba a una distancia de 0 a 15 minutos, pero 19 personas (34,5%) se encontraban a una distancia superior a 30 minutos. El 16,4% se veían a diario frente a un 36,4% (20 personas) que se

veían menos de una vez al mes o hablaban por teléfono mensualmente.

El 21,9% (14 personas) no tenía ningún amigo, y un 46,9% declaraba tener cuatro o más amigos. La mayoría se encontraban a una distancia de entre 0 y 15 minutos, y el 86% se veían a diario o semanalmente.

Un 85,9% tenía algún confidente, de los cuales la mayoría se veían a diario. El principal confidente para el 40% de los pacientes era el cónyuge, y para el 29,1% eran sus hijos/hijas/yernos/nueras (Figura 5).

La descripción de las variables de participación social se encuentra en la tabla 6. El 64,1% de los pacientes formaba parte de alguna asociación o club (municipal, de mayores, cultural...). Una cuarta parte de la muestra no iba nunca al

Variable	n	%	Variable	n	%
Pareja:	64		Contacto hermanos:	55	
Sí	53	82,8	Menos de mensual o teléfono mensual	20	36,4
No	11	17,2	Mensualmente o teléfono semanal	11	20,0
			Semanalmente o teléfono diario	15	27,3
			Se ven a diario	9	16,4
Hijos y nietos:	64		Amigos:	64	
Ninguno	5	7,8	Ninguno	14	21,9
Uno	1	1,6	Uno	5	7,8
Dos o tres	15	23,4	Dos o tres	15	23,4
Cuatro o más	43	67,2	Cuatro o más	30	46,9
Distancia hijos y nietos:	59		Distancia amigos:	50	
Más de 30 minutos	2	3,4	Entre 16 y 30 minutos	5	10,0
Entre 16 y 30 minuto	8	13,6	De 0 a 15 minutos	45	90,0
De 0 a 15 minutos	31	52,5			
Corresidencia	18	30,5			
Contacto hijos y nietos:	59		Contacto amigos:	50	
Mensualmente o teléfono semanal	1	1,7	Menos de mensual o teléfono mensual	4	8,0
Semanalmente o teléfono diario	12	20,3	Mensualmente o teléfono semanal	3	6,0
Se ven a diario	46	78	Semanalmente o teléfono diario	23	46,0
			Se ven a diario	20	40,0
Hermanos:	64		Confidente:	64	
Ninguno	9	14,1	Sí	55	85,9
Uno	32	50,0	No	9	14,1
Dos o tres	16	25,0			
Cuatro o más	7	10,9			
Distancia hermanos:	55		Contacto confidente:	55	
Más de 30 minutos	19	34,5	Se ven semanalmente	8	14,5
Entre 16 y 30 minuto	10	18,2	Se ven a diario	47	85,5
De 0 a 15 minutos	26	47,3			

Tabla 5. Frecuencia de las variables que componen la estructura de la red social.

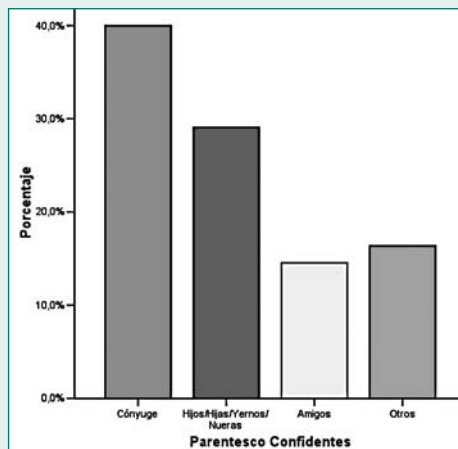


Figura 5. Distribución porcentual de la muestra según el parentesco de los confidentes.

marcado o comercio del barrio para comprar, un 15,6% iba menos de cuatro veces al mes y un 34,4% iba una vez a la semana (22 perso-

<u>Variable</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
Asociacionismo:	64	
Sí	41	64,1
No	23	35,9
Mercado, compras:	64	
Nunca	16	25,0
Menos de 4 veces al mes	10	15,6
Semanalmente	22	34,4
Entre 5 y 29 veces al mes	14	21,9
30 o más veces al mes	2	3,1
Plaza, parque:	64	
Nunca	39	60,9
Menos de 4 veces al mes	1	1,6
Semanalmente	2	3,1
Entre 5 y 29 veces al mes	6	9,4
30 o más veces al mes	16	25,0
Hogar, club del pensionista:	64	
Nunca	46	71,9
Menos de 4 veces al mes	4	6,3
Semanalmente	4	6,3
Entre 5 y 29 veces al mes	6	9,4
30 o más veces al mes	4	6,3
Iglesia, culto:	64	
Nunca	43	67,2
Menos de 4 veces al mes	5	7,8
Semanalmente	15	23,4
30 o más veces al mes	1	1,6

Tabla 6. Frecuencia de las variables que componen la participación social.

	<u>n</u>	<u>Media</u>	<u>Desviación estándar</u>	<u>Mínimo</u>	<u>Máximo</u>
Estructura social	64	0,69	0,14	0,31	0,93
Participación social	64	0,45	0,27	0	0,84
IRS Total	64	1,15	0,31	0,45	1,63

Tabla 7. Puntuaciones del Índice de Red Social.

nas). Únicamente 14 personas iban entre 5 y 29 veces al mes a hacer la compra. El 60,9% no acudía nunca al parque o a una plaza a pasear, pero un 25% (16 personas) lo hacía a diario. 46 personas no iban nunca al centro de la tercera edad, lo que representa el 71,9% de la muestra, frente a un 6,3% que lo hacía cada día. El 67,2% no asistía nunca a la iglesia o centro de culto (43 personas) y un 23,4% iba una vez a la semana (15 personas).

Tal como se muestra en la tabla 7, el IRS total obtuvo una puntuación media de 1,15 (DE 0,31). La media de la subred estructura social fue de 0,69 (DE 0,14) y de la subred participación social de 0,45 (DE 0,27).

Se realizó un análisis comparativo para ver la distribución de las variables de control según el Índice de Red Social y cada una de las subredes que lo forman (estructura social y participación social (Tabla 8). Algunas de las variables se han dicotomizado en dos únicas categorías (nivel de estudios completados: sin estudios o primarios y secundarios o universitarios; riesgo quirúrgico medido con A.S.A: clase 1 o clase 2 y clase 3 o clase 4; tipo de intervención quirúrgica: ATR o ATC; y artroplastias previas: ninguna o alguna/s).

La única variable relacionada con la subred participación social fue el IMC, donde $R = -0,27$ y $p = 0,03$. No se obtuvieron relaciones estadísticamente significativas entre la subred estructura social y ninguna de las variables de control.

6.4. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE LAS REDES SOCIALES Y LA RECUPERACIÓN TRAS LA ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA O RODILLA.

Para analizar el efecto de las redes sociales sobre la recuperación a nivel de dolor, rigidez y capacidad funcional tras una artroplastia total de cadera o rodilla se realizaron diversos análisis.

Variable	n	IRS			Índice Estructura Social			Índice Participación Social			
		Media	DE*	p	Media	DE*	p	Media	DE*	p	
Total población	64	1,15	0,31		0,69	0,14		0,45	0,27		
Edad (años)**	64	R=-0,15			0,24	R=-0,12		0,35	R=-0,11		0,4
Sexo:	64										
Hombre	31	1,20	0,31	0,21	0,71	0,49	0,31	0,49	0,27	0,37	
Mujer	33	1,10	0,31		0,68	0,43		0,43	0,26		
Nivel de estudios completados:	64										
Sin estudios o primarios	52	1,14	0,32	0,70	0,70	0,13	0,45	0,44	0,28	0,41	
Secundarios o universitarios	12	1,18	0,28		0,67	0,18		0,51	0,21		
Peso (kg)**	64	R=-0,09			0,5	R=0,09		0,47	R=-0,01		0,25
Talla (m)**	63	R=0,27"			0,03"	R=0,19		0,14	R=0,22		0,09
IMC (kg/m ²)**	63	R=-0,24			0,06	R=-0,03		0,84	R=-0,27		0,03"
Riesgo quirúrgico (A.S.A.):	63										
Clase 1 o clase 2	36	1,15	0,32	0,81	0,69	0,15	0,73	0,46	0,27	0,64	
Clase 3 o clase 4	27	1,13	0,29		0,70	0,13		0,43	0,27		
Comorbilidad (Charlson):	64										
Ausencia de comorbilidad	53	1,17	0,31	0,39	0,69	0,14	0,25	0,48	0,26	0,23	
Comorbilidad baja	8	1,11	0,24		0,77	0,12		0,34	0,26		
Comorbilidad alta	3	0,93	0,44		0,63	0,24		0,30	0,34		
Tipo de intervención:	64										
ATR	38	1,19	0,32	0,23	0,71	0,15	0,36	0,48	0,25	0,36	
ATC	26	1,09	0,30		0,67	0,13		0,42	0,30		
Artroplastias previas:	64										
Ninguna	47	1,12	0,31	0,19	0,68	0,16	0,35	0,43	0,27	0,32	
Alguna/s	17	1,23	0,28		0,72	0,10		0,51	0,27		

*Desviación estándar;

**Para la edad, el peso, la talla y el IMC se aplicó la correlación de Pearson;

"Correlación significativa al nivel inferior a 0,05 (bilateral)

Tabla 8. Comparación de medias del IRS según las variables de control.

sis de regresión lineal múltiple. Para construir los diferentes modelos, se tomó como variable dependiente la diferencia de puntuaciones del dolor, rigidez, capacidad funcional y WOMAC total entre el preoperatorio y los tres meses tras la intervención.

Se fueron introduciendo por pasos el resto de variables. En el primer bloque se introdujo el IRS total, la estructura social o la participación social; en el segundo, las variables demográficas (edad, sexo, nivel de estudios dicotomizado en dos categorías e IMC); en el tercer bloque se introdujeron las variables de control relacionadas con la intervención quirúrgica (tipo de artroplastia dicotomizada en ATR o ATC y artroplastias previas dicotomizada en ninguna o alguna/s); finalmente, se añadieron a los modelos las variables relacionadas con el estado de salud (comorbilidad de Charlson y riesgo quirúrgico).

De este modo, se realizaron 12 análisis de regresión lineal múltiple de los cuales destacaron los siguientes resultados.

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Intervalo de confianza para B al 95%	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	7,672	2,522		3,042	,003	2,627	12,717
	Total Índice de Red Social	-,533	2,139	-,032	-,249	,804	-4,812	3,745
2	(Constante)	10,314	10,589		,974	,334	-10,897	31,525
	Total Índice de Red Social	-,105	2,263	-,067	-,489	,627	-5,638	3,427
	Edad (años)	-,050	,091	-,076	-,549	,585	-,233	,133
	Sexo	-2,059	1,340	-,203	-1,536	,130	-4,743	,626
	IMC	,085	,139	,089	,615	,541	-,192	,363
	Nivel estudios	1,718	1,884	,134	,912	,366	-2,056	5,491
3	(Constante)	-2,195	11,984		-,183	,855	-26,222	21,832
	Total Índice de Red Social	,493	2,356	,030	,209	,835	-4,230	5,216
	Edad (años)	-,012	,092	-,018	-,131	,896	-,197	,173
	Sexo	-1,715	1,326	-,169	-1,294	,201	-4,374	,943
	IMC	,195	,148	,204	1,320	,192	-,101	,491
	Nivel estudios	1,439	1,858	,112	,774	,442	-2,286	5,164
	Tipo artroplastia	3,131	1,525	,303	2,053	,045	,073	6,188
	Artroplastias previas	-,375	1,533	-,032	-,244	,808	-3,449	2,700
4	(Constante)	-4,219	12,240		-,345	,732	-28,781	20,342
	Total Índice de Red Social	,356	2,385	,021	,149	,882	-4,430	5,142
	Edad (años)	,004	,093	,006	,041	,967	-,184	,191
	Sexo	-1,770	1,354	-,175	-1,308	,197	-4,487	,946
	IMC	,141	,156	,148	,903	,371	-,173	,455
	Nivel estudios	1,739	1,887	,140	,953	,345	-1,987	5,585
	Tipo artroplastia	3,204	1,534	,310	2,088	,042	,125	6,283
	Artroplastias previas	-,401	1,545	-,035	-,260	,796	-3,502	2,639
	Comorbilidad Charlson	-,439	1,397	-,051	-,357	,722	-3,302	2,304
	Riesgo quirúrgico ASA	2,037	1,528	,199	1,333	,188	-1,029	5,103

a. Variable dependiente: Diferencia Dolor

Tabla 9. Coeficiente B e intervalo de confianza al 95% para B del modelo de regresión lineal múltiple que analiza la relación entre la diferencia de dolor tras una ATC o ATR, el IRS total y las variables de control.

• **Análisis 2**

(Tabla 10):

Variable dependiente: Diferencia de rigidez

La única variable que estaba relacionada con la diferencia de puntuaciones de la rigidez fue el riesgo quirúrgico ($p=0,04$). Las personas con un riesgo quirúrgico más alto (ASA de clase 3 o 4) tienen una media de puntuación en la diferencia de rigidez de 1,60 (IC95% 0,97-3,11) más elevado que los que tienen un riesgo quirúrgico menor.

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Intervalo de confianza para B al 95%	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	3,241	1,243		2,607	,012	,754	5,727
	Total Índice de Red Social	-,183	1,054	-,022	-,173	,863	-2,291	1,926
2	(Constante)	,147	5,315		,028	,978	-10,501	10,794
	Total Índice de Red Social	,190	1,136	,023	,167	,868	-2,085	2,465
	Edad (años)	,010	,046	,030	,215	,830	-,082	,102
	Sexo	,599	,673	,120	,890	,377	-,749	1,946
	IMC	,040	,070	,086	,580	,564	-,099	,180
3	Nivel estudios	-,188	,945	-,030	-,199	,843	-2,082	1,706
	(Constante)	-3,204	6,105		-,525	,602	-15,443	9,035
	Total Índice de Red Social	,454	1,200	,056	,378	,707	-1,952	2,860
	Edad (años)	,011	,047	,034	,234	,816	-,083	,105
	Sexo	,742	,675	,149	1,098	,277	-,612	2,096
	IMC	,084	,075	,178	1,117	,269	-,067	,235
	Nivel estudios	-,369	,946	-,058	-,390	,698	-2,267	1,528
	Tipo artroplastia	,969	,777	,191	1,248	,217	-,588	2,527
4	Artroplastias previas	,879	,781	,154	1,126	,265	-,687	2,445
	(Constante)	-5,684	6,019		-,944	,349	-17,763	6,394
	Total Índice de Red Social	,493	1,173	,060	,420	,676	-1,860	2,847
	Edad (años)	,028	,046	,085	,602	,550	-,065	,120
	Sexo	,816	,666	,163	1,225	,226	-,520	2,151
	IMC	,026	,077	,056	,340	,735	-,128	,181
	Nivel estudios	-,011	,928	-,002	-,012	,990	-1,873	1,850
	Tipo artroplastia	,970	,754	,191	1,285	,204	-,544	2,484
	Artroplastias previas	,783	,760	,137	1,031	,307	-,741	2,308
	Comorbilidad Charlson	,219	,687	,046	,319	,751	-1,159	1,597
	Riesgo quirúrgico ASA	1,604	,751	,317	2,135	,037	,097	3,112

a. Variable dependiente: Diferencia Rigidez

Tabla 10. Coeficiente B e intervalo de confianza al 95% para B del modelo de regresión lineal múltiple que analiza la relación entre la diferencia de rigidez tras una ATC o ATR, el IRS total y las variables de control.

• **Análisis 1**

(Tabla 9):

Variable dependiente: Diferencia de dolor

La única variable que estaba relacionada con la diferencia de puntuaciones del dolor fue el tipo de artroplastia realizada ($p=0,04$). Las personas intervenidas de ATC tienen una media de puntuación en la diferencia de dolor de 3,2 (IC95% 0,13-6,28) más elevada que los operados de ATR.

• Análisis 3

(Tabla 11):

Variable dependiente: Diferencia de capacidad funcional
La única variable que estaba relacionada con la diferencia de puntuaciones de la capacidad funcional fue el IMC (p=0,03).

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Intervalo de confianza para B al 95%	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	27,548	6,113		4,506	,000	15,320	39,776
	Total Índice de Red Social	-2,959	5,184	-,073	-,571	,570	-13,328	7,410
2	(Constante)	-2,950	24,959		-,118	,906	-52,950	47,049
	Total Índice de Red Social	-1,531	5,333	-,038	-,287	,775	-12,215	9,153
	Edad (años)	,111	,215	,070	,517	,607	-,319	,542
	Sexo	-5,401	3,159	-,219	-1,710	,093	-11,729	,928
	IMC	,703	,327	,302	2,152	,036	,049	1,357
	Nivel estudios	5,729	4,440	,184	1,290	,202	-3,165	14,624
3	(Constante)	-27,220	28,614		-,951	,346	-84,588	30,148
	Total Índice de Red Social	1,485	5,625	,037	,264	,793	-9,792	12,763
	Edad (años)	,180	,220	,113	,819	,416	-,261	,621
	Sexo	-4,708	3,166	-,191	-1,487	,143	-11,056	1,639
	IMC	,923	,353	,397	2,618	,011	,216	1,630
	Nivel estudios	5,133	4,437	,165	1,157	,252	-3,761	14,028
	Tipo artroplastia	6,142	3,641	,245	1,687	,097	-1,158	13,442
	Artroplastias previas	-,220	3,661	-,008	-,060	,952	-7,560	7,120
4	(Constante)	-29,915	28,820		-1,038	,304	-87,746	27,916
	Total Índice de Red Social	,511	5,616	,013	,091	,928	-10,758	11,779
	Edad (años)	,212	,220	,133	,966	,339	-,229	,654
	Sexo	-5,320	3,187	-,216	-1,669	,101	-11,716	1,075
	IMC	,822	,368	,353	2,230	,030	,082	1,561
	Nivel estudios	5,930	4,442	,190	1,335	,188	-2,985	14,844
	Tipo artroplastia	6,590	3,612	,262	1,822	,074	-,669	13,829
	Artroplastias previas	-,014	3,638	,000	-,004	,997	-7,313	7,286
	Comorbilidad Charlson	-3,833	3,289	-,162	-1,166	,249	-10,432	2,766
	Riesgo quirúrgico ASA	6,115	3,597	,245	1,700	,095	-1,104	13,334
a. Variable dependiente: Diferencia Capacidad funcional								

Tabla 11. Coeficiente B e intervalo de confianza al 95% para B del modelo de regresión lineal múltiple que analiza la relación entre la diferencia de capacidad funcional tras una ATC o ATR, el IRS total y las variables de control.

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Intervalo de confianza para B al 95%	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	38,009	8,707		4,366	,000	20,594	55,425
	Total Índice de Red Social	-3,138	7,383	-,055	-,425	,672	-17,906	11,630
2	(Constante)	4,287	36,172		,119	,906	-68,176	76,749
	Total Índice de Red Social	-1,642	7,730	-,029	-,212	,833	-17,126	13,842
	Edad (años)	,086	,312	,038	,277	,783	-,538	,710
	Sexo	-6,506	4,578	-,186	-1,421	,161	-15,678	2,665
	IMC	,855	,473	,258	1,805	,076	-,094	1,803
	Nivel estudios	7,251	6,435	,164	1,127	,265	-5,639	20,141
3	(Constante)	-35,944	41,122		-,874	,386	-118,388	46,501
	Total Índice de Red Social	3,295	8,084	,058	,408	,685	-12,912	19,501
	Edad (años)	,197	,316	,087	,624	,535	-,437	,831
	Sexo	-5,339	4,550	-,152	-1,173	,246	-14,461	3,783
	IMC	1,025	,507	,370	2,418	,019	,209	2,241
	Nivel estudios	6,222	6,376	,140	,976	,333	-6,561	19,005
	Tipo artroplastia	10,231	5,233	,287	1,955	,056	-,259	20,722
	Artroplastias previas	,013	5,262	,000	,002	,998	-10,536	10,561
4	(Constante)	-42,627	41,417		-1,029	,308	-125,736	40,482
	Total Índice de Red Social	2,245	8,070	,039	,278	,782	-13,949	18,439
	Edad (años)	,258	,316	,114	,817	,418	-,376	,893
	Sexo	-5,927	4,580	-,169	-1,294	,201	-15,118	3,264
	IMC	1,026	,530	,310	1,937	,058	-,037	2,088
	Nivel estudios	7,649	6,384	,173	1,198	,236	-5,162	20,460
	Tipo artroplastia	10,730	5,192	,301	2,067	,044	,313	21,148
	Artroplastias previas	,106	5,228	,003	,020	,984	-10,384	10,597
	Comorbilidad Charlson	-4,034	4,726	-,120	-,854	,397	-13,518	5,449
	Riesgo quirúrgico ASA	9,289	5,170	,262	1,797	,078	-1,085	19,663
a. Variable dependiente: Diferencia WOMAC total								

Tabla 12. Coeficiente B e intervalo de confianza al 95% para B del modelo de regresión lineal múltiple que analiza la relación entre la diferencia de puntuación total de WOMAC tras una ATC o ATR, el IRS total y las variables de control.

• Análisis 4

(Tabla 12):

Variable dependiente: Diferencia de WOMAC Total
La única variable que estaba relacionada con la diferencia de puntuaciones del cuestionario WOMAC Total se encontró en el modelo 3 y fue el IMC (p=0,02). Al incluir las variables relacionadas con el estado de salud, esta relación perdió fuerza y fue el tipo de artroplastia la única variable que estaba relacionada con la diferencia en la puntuación total del cuestionario WOMAC (p=0,04). En el modelo 4, las personas con ATC tienen una media de puntuación en la diferencia de WOMAC total de 10,73 (IC95% 0,31-21,15) más elevada que los intervenidos de ATR.

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Intervalo de confianza para B al 95%	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	5,466	3,234		1,687	,097	-1,013	11,926
	Estructura Social	2,322	4,573	,065	,508	,614	-6,826	11,469
2	(Constante)	5,692	10,552		,539	,592	-15,446	26,830
	Estructura Social	1,905	4,716	,054	,404	,688	-7,543	11,352
	Edad (años)	-,035	,091	-,053	-,385	,702	-,217	,147
	Sexo	-1,913	1,337	-,189	-1,431	,158	-4,591	,766
	IMC	,101	,136	,106	,748	,458	-,170	,373
	Nivel estudios	1,903	1,901	,148	1,001	,321	-1,906	5,711
3	(Constante)	-4,850	11,322		-,428	,670	-27,550	17,850
	Estructura Social	3,441	4,700	,097	,732	,467	-5,981	12,864
	Edad (años)	-,003	,091	-,005	-,034	,973	-,185	,179
	Sexo	-1,655	1,311	-,163	-1,262	,212	-4,284	,974
	IMC	,191	,141	,200	1,353	,182	-,092	,474
	Nivel estudios	1,627	1,869	,127	,870	,388	-2,120	5,373
	Tipo artroplastia	3,148	1,455	,305	2,164	,035	,231	6,065
	Artroplastias previas	-,522	1,535	-,045	-,340	,735	-3,600	2,556
4	(Constante)	-7,112	11,503		-,618	,539	-30,195	15,971
	Estructura Social	3,338	4,710	,094	,709	,482	-6,112	12,789
	Edad (años)	,014	,092	,021	,149	,882	-,171	,198
	Sexo	-1,707	1,333	-,168	-1,281	,206	-4,381	,968
	IMC	,141	,151	,147	,932	,356	-,162	,444
	Nivel estudios	1,981	1,896	,155	1,045	,301	-1,823	5,785
	Tipo artroplastia	3,250	1,472	,315	2,208	,032	,296	6,203
	Artroplastias previas	-,552	1,544	-,048	-,357	,722	-3,649	2,546
	Comorbilidad Charlson	-,532	1,376	-,055	-,387	,700	-3,294	2,229
	Riesgo quirúrgico ASA	2,031	1,519	,198	1,337	,187	-1,017	5,080
a. Variable dependiente: Diferencia Dolor								

Tabla 13. Coeficiente B e intervalo de confianza al 95% para B del modelo de regresión lineal múltiple que analiza la relación entre la diferencia de dolor tras una ATC o ATR, la subred estructura social y las variables de control.

• Análisis 6

(Tabla 14):

Variable dependiente: Diferencia de rigidez

La única variable que estaba relacionada con la diferencia de puntuaciones de rigidez fue el riesgo quirúrgico ($p=0,04$). Las personas con mayor riesgo quirúrgico (ASA 3 o 4) tienen una media de puntuación en la diferencia de rigidez de 1,61 (IC95% 0,11-3,12) más elevada que los que tienen un ASA de clase 1 o clase 2.

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Intervalo de confianza para B al 95%	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	2,278	1,594		1,429	,158	-,911	5,466
	Estructura Social	1,089	2,254	,062	,483	,631	-3,418	5,597
2	(Constante)	-,933	5,278		-,177	,860	-11,506	9,640
	Estructura Social	1,395	2,359	,080	,591	,557	-3,330	6,121
	Edad (años)	,013	,045	,040	,286	,776	-,078	,104
	Sexo	,627	,669	,126	,937	,353	-,713	1,967
	IMC	,039	,068	,084	,581	,563	-,097	,175
3	(Constante)	-,115	,951	-,018	-,121	,904	-2,020	1,790
	Estructura Social	-3,436	5,786		-,594	,555	-15,036	8,163
	Estructura Social	1,295	2,402	,074	,539	,592	-3,520	6,110
	Edad (años)	,012	,046	,036	,253	,802	-,081	,105
	Sexo	,741	,670	,148	1,106	,274	-,603	2,084
	IMC	,078	,072	,165	1,079	,285	-,067	,223
	Nivel estudios	-,310	,955	-,049	-,325	,746	-2,225	1,604
	Tipo artroplastia	,923	,743	,182	1,242	,220	-,567	2,414
4	(Constante)	,847	,785	,148	1,079	,285	-,726	2,420
	(Constante)	-5,665	5,678		-,998	,323	-17,060	5,729
	Estructura Social	1,193	2,325	,068	,513	,610	-3,472	5,858
	Edad (años)	,027	,045	,085	,606	,547	-,063	,118
	Sexo	,801	,658	,160	1,217	,229	-,519	2,121
	IMC	,020	,075	,043	,270	,788	-,130	,170
	Nivel estudios	,037	,936	,006	,039	,969	-1,841	1,915
	Tipo artroplastia	,919	,726	,181	1,265	,212	-,539	2,377
	Artroplastias previas	,764	,762	,134	1,002	,321	-,766	2,293
	Comorbilidad Charlson	,177	,679	,037	,260	,796	-1,186	1,540
	Riesgo quirúrgico ASA	1,614	,750	,319	2,153	,036	,110	3,119
a. Variable dependiente: Diferencia Rigidez								

Tabla 14. Coeficiente B e intervalo de confianza al 95% para B del modelo de regresión lineal múltiple que analiza la relación entre la diferencia de rigidez tras una ATC o ATR, la subred estructura social y las variables de control.

• Análisis 5

(Tabla 13):

Variable dependiente: Diferencia de dolor

La única variable que estaba relacionada con la diferencia de puntuaciones del dolor fue el tipo de artroplastia realizada ($p=0,03$). Las personas intervenidas de ATC tienen una media de puntuación en la diferencia de dolor de 3,25 (IC95% 0,30-6,20) más elevada que los operados de ATR.

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Intervalo de confianza para B al 95%	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	20,839	7,860		2,651	,010	5,116	36,562
	Estructura Social	4,819	11,114	,056	,434	,666	-17,412	27,050
	(Constante)	-12,783	24,814		-,515	,608	-62,492	36,925
	Estructura Social	5,792	11,091	,067	,522	,604	-16,425	28,009
	Edad (años)	,143	,214	,089	,667	,507	-,285	,571
	Sexo	-5,102	3,144	-,207	-1,623	,110	-11,400	1,197
2	IMC	,729	,319	,313	2,284	,026	,089	1,368
	Nivel estudios	6,178	4,471	,198	1,382	,173	-2,779	15,134
	(Constante)	-33,056	27,030		-1,223	,227	-87,248	21,136
	Estructura Social	8,536	11,220	,099	,761	,450	-13,958	31,030
	Edad (años)	,200	,217	,125	,924	,360	-,234	,634
	Sexo	-4,582	3,130	-,186	-1,464	,149	-10,857	1,694
3	IMC	,909	,337	,391	2,695	,009	,233	1,585
	Nivel estudios	5,588	4,461	,179	1,252	,216	-3,357	14,532
	Tipo artroplastia	6,133	3,473	,245	1,766	,083	-,830	13,097
	Artroplastias previas	-,564	3,665	-,020	-,154	,878	-7,912	6,784
	(Constante)	-38,187	27,066		-1,411	,164	-92,499	16,125
	Estructura Social	8,303	11,081	,096	,749	,457	-13,933	30,539
4	Edad (años)	,241	,216	,151	1,114	,271	-,193	,674
	Sexo	-5,124	3,136	-,208	-1,634	,108	-11,416	1,169
	IMC	,827	,356	,356	2,325	,024	,113	1,541
	Nivel estudios	6,402	4,461	,206	1,435	,157	-2,549	15,352
	Tipo artroplastia	6,762	3,463	,270	1,953	,056	-,186	13,711
	Artroplastias previas	-,423	3,632	-,015	-,116	,908	-7,712	6,866
	Comorbilidad Charlson	-3,885	3,238	-,165	-1,200	,236	-10,382	2,612
	Riesgo quirúrgico ASA	6,089	3,574	,244	1,704	,094	-1,083	13,261
	a. Variable dependiente: Diferencia Capacidad funcional							

Tabla 15. Coeficiente B e intervalo de confianza al 95% para B del modelo de 6regresión lineal múltiple que analiza la relación entre la diferencia de capacidad funcional tras una ATC o ATR, la subred estructura social y las variables de control.

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Intervalo de confianza para B al 95%	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	27,651	11,163		2,477	,016	5,321	49,981
	Estructura Social	9,794	15,784	,080	,620	,537	-21,778	41,366
2	(Constante)	-11,371	35,890		-,317	,753	-83,266	60,525
	Estructura Social	10,909	16,041	,089	,680	,499	-21,224	43,042
	Edad (años)	,136	,309	,060	,439	,662	-,483	,755
	Sexo	-6,041	4,548	-,173	-1,328	,189	-15,151	3,069
	IMC	,888	,462	,268	1,923	,060	-,037	1,812
	Nivel estudios	8,017	6,466	,181	1,240	,220	-4,936	20,971
3	(Constante)	-44,493	38,768		-1,148	,256	-122,218	33,232
	Estructura Social	15,212	16,092	,124	,945	,349	-17,051	47,474
	Edad (años)	,226	,311	,100	,728	,470	-,396	,849
	Sexo	-5,172	4,489	-,148	-1,152	,254	-14,172	3,829
	IMC	1,189	,484	,359	2,457	,017	,219	2,158
	Nivel estudios	7,003	6,399	,158	1,094	,279	-5,826	19,832
	Tipo artroplastia	10,089	4,982	,283	2,025	,048	,101	20,077
	Artroplastias previas	-,545	5,257	-,014	-,104	,918	-11,084	9,994
4	(Constante)	-53,533	38,810		-1,379	,174	-131,410	24,345
	Estructura Social	14,801	15,889	,121	,931	,356	-17,084	46,685
	Edad (años)	,295	,310	,130	,952	,345	-,327	,917
	Sexo	-5,713	4,497	-,163	-1,271	,210	-14,736	3,310
	IMC	1,013	,510	,306	1,986	,052	-,010	2,036
	Nivel estudios	8,428	6,396	,190	1,318	,193	-4,407	21,262
	Tipo artroplastia	10,809	4,965	,303	2,177	,034	,845	20,773
	Artroplastias previas	-,498	5,209	-,012	-,096	,924	-10,950	9,954
	Comorbilidad Charlson	-4,237	4,643	-,126	-,913	,366	-13,553	5,079
	Riesgo quirúrgico ASA	9,286	5,125	,262	1,812	,076	-,998	19,570
	a. Variable dependiente: Diferencia WOMAC total							

Tabla 16. Coeficiente B e intervalo de confianza al 95% para B del modelo de regresión lineal múltiple que analiza la relación entre la diferencia de puntuación total de WOMAC tras una ATC o ATR, la subred estructura social y las variables de control.

• **Análisis 7**
(Tabla 15):
Variable dependiente: Diferencia de capacidad funcional
La única variable que estaba relacionada con la diferencia de puntuaciones de capacidad funcional fue el IMC (p=0,01) en el modelo 3. Al incluir las variables del modelo 4, esta relación pasó a tener una p=0,02.

• **Análisis 8 (Tabla 16):**
Variable dependiente: Diferencia de WOMAC Total
Las únicas variables que estaban relacionadas con la diferencia de puntuaciones de WOMAC total fueron el tipo de artroplastia realizada (p=0,05) y el IMC (p=0,02) en el modelo 3. Al incluir las variables del modelo 4, ambas relaciones perdieron fuerza y únicamente mantuvo una relación estadísticamente significativa el tipo de artroplastia (p=0,03). En el modelo 4 se observa que las personas operadas de ATC tienen una media de puntuación en la diferencia del WOMAC total de 10,31 (IC95% 0,85-20,77) más elevada que los intervenidos de ATR.

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Intervalo de confianza para B al 95%	
		B	Error típ.				Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	7.709	1.277		6,035	,000	5,154	10,264
	Participación Social	-1,446	2,464	-,076	-,587	,560	-6,375	3,483
2	(Constante)	10,301	9,708		1,061	,293	-9,146	29,748
	Participación Social	-2,077	2,586	-,109	-,803	,425	-7,257	3,102
	Edad (años)	-,051	,090	-,077	-,564	,575	-,231	,129
	Sexo	-2,070	1,329	-,204	-1,567	,125	-4,732	,593
	IMC	,075	,138	,078	,540	,591	-,203	,352
	Nivel estudios	1,777	1,871	,139	,949	,347	-1,972	5,526
3	(Constante)	,066	10,881		,006	,995	-21,750	21,882
	Participación Social	-,506	2,664	-,026	-,190	,850	-5,846	4,834
	Edad (años)	-,020	,090	-,031	-,222	,825	-,201	,161
	Sexo	-1,789	1,319	-,177	-1,356	,181	-4,432	,855
	IMC	,178	,148	,186	1,200	,235	-,119	,475
	Nivel estudios	1,424	1,856	,111	,767	,446	-2,296	5,145
	Tipo artroplastia	2,951	1,518	,286	1,944	,057	-,092	5,994
	Artroplastias previas	-,318	1,522	-,027	-,209	,835	-3,369	2,734
4	(Constante)	-2,053	11,137		-,184	,854	-24,401	20,294
	Participación Social	-,667	2,702	-,035	-,247	,806	-6,090	4,755
	Edad (años)	-,004	,092	-,006	-,041	,968	-,188	,180
	Sexo	-1,855	1,345	-,183	-1,379	,174	-4,554	,844
	IMC	,126	,157	,131	,802	,426	-,189	,440
	Nivel estudios	1,789	1,883	,140	,950	,346	-1,989	5,567
	Tipo artroplastia	3,037	1,526	,294	1,990	,052	-,026	6,099
	Artroplastias previas	-,344	1,531	-,030	-,225	,823	-3,417	2,729
	Comorbilidad Charlson	-,584	1,400	-,060	-,417	,678	-3,393	2,225
	Riesgo quirúrgico ASA	2,066	1,527	,201	1,353	,182	-,998	5,131

a. Variable dependiente: Diferencia Dolor

Tabla 17. Coeficiente B e intervalo de confianza al 95% para B del modelo de regresión lineal múltiple que analiza la relación entre la diferencia de dolor tras una ATC o ATR, la subred participación social y las variables de control.

• Análisis 10

(Tabla 18):

Variable dependiente:

Diferencia de rigidez

La única variable que estaba relacionada con la diferencia de puntuaciones de rigidez fue el riesgo quirúrgico ($p=0,04$). Las personas con un riesgo quirúrgico de clase 3 o clase 4 tienen una media de puntuación en la diferencia de rigidez de 1,61 (IC95% 0,11-3,12) más elevada que los que tienen un riesgo quirúrgico menor.

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Intervalo de confianza para B al 95%	
		B	Error típ.				Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	3,291	,630		5,225	,000	2,031	4,551
	Participación Social	-,581	1,215	-,062	-,478	,634	-3,012	1,850
2	(Constante)	,826	4,891		,169	,866	-8,971	10,623
	Participación Social	-,197	1,303	-,021	-,151	,880	-2,807	2,412
	Edad (años)	,007	,045	,023	,165	,870	-,083	,098
	Sexo	,575	,670	,115	,868	,395	-,767	1,916
	IMC	,036	,070	,075	,510	,612	-,104	,175
	Nivel estudios	-,201	,943	-,032	-,213	,832	-2,089	1,688
3	(Constante)	-2,160	5,549		-,389	,699	-13,286	8,965
	Participación Social	,151	1,358	,016	,111	,912	-2,573	2,874
	Edad (años)	,007	,046	,023	,159	,874	-,085	,100
	Sexo	,710	,672	,142	1,056	,296	-,638	2,058
	IMC	,079	,076	,166	1,038	,304	-,073	,230
	Nivel estudios	-,391	,946	-,062	-,414	,681	-2,289	1,506
	Tipo artroplastia	,905	,774	,178	1,169	,247	-,647	2,457
	Artroplastias previas	,914	,776	,160	1,178	,244	-,642	2,470
4	(Constante)	-4,655	5,487		-,848	,400	-15,665	6,354
	Participación Social	,228	1,331	,024	,171	,865	-2,444	2,899
	Edad (años)	,024	,045	,074	,533	,597	-,067	,115
	Sexo	,781	,663	,157	1,179	,244	-,548	2,111
	IMC	,022	,077	,046	,280	,781	-,133	,177
	Nivel estudios	-,037	,928	-,006	-,040	,968	-1,898	1,825
	Tipo artroplastia	,914	,752	,180	1,215	,230	-,595	2,423
	Artroplastias previas	,821	,754	,144	1,088	,282	-,693	2,335
	Comorbilidad Charlson	,197	,690	,041	,285	,777	-1,187	1,581
	Riesgo quirúrgico ASA	1,615	,752	,319	2,146	,037	,105	3,124

a. Variable dependiente: Diferencia Rigidez

Tabla 18. Coeficiente B e intervalo de confianza al 95% para B del modelo de regresión lineal múltiple que analiza la relación entre la diferencia de rigidez tras una ATC o ATR, la subred participación social y las variables de control.

• Análisis 9

(Tabla 17):

Variable dependiente

Diferencia de dolor

No se encontró ninguna relación estadísticamente significativa entre la diferencia de puntuaciones del dolor y la participación social.

• Análisis 11

(Tabla 19):

Variable dependiente:
Diferencia de capacidad funcional

La única variable que estaba relacionada con la diferencia de puntuaciones de capacidad funcional se encontró en el modelo 3 y fue el IMC ($p=0,02$), que perdió fuerza en el modelo 4 ($p=0,04$).

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Intervalo de confianza para B al 95%	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	26,663	3,089		8,632	,000	20,484	32,842
	Participación Social	-5,576	5,959	-,120	-,936	,353	-17,495	6,344
2	(Constante)	-1,630	22,896		-,071	,943	-47,497	44,236
	Participación Social	-3,973	6,098	-,085	-,652	,517	-16,189	8,243
	Edad (años)	,105	,212	,066	,497	,621	-,319	,530
	Sexo	-5,468	3,135	-,222	-1,744	,087	-11,748	,811
	IMC	,676	,327	,290	2,069	,043	,021	1,330
	Nivel estudios	5,806	4,414	,186	1,315	,194	-3,036	14,648
3	(Constante)	-21,257	25,990		-,818	,417	-73,365	30,850
	Participación Social	-1,019	6,362	-,022	-,160	,873	-13,774	11,736
	Edad (años)	,159	,216	,100	,737	,464	-,274	,592
	Sexo	-4,900	3,149	-,199	-1,556	,126	-11,214	1,415
	IMC	,880	,354	,379	2,485	,016	,170	1,591
	Nivel estudios	5,082	4,432	,163	1,147	,257	-3,804	13,968
	Tipo artroplastia	5,683	3,625	,227	1,567	,123	-1,586	12,951
	Artroplastias previas	-,063	3,635	-,002	-,017	,986	-7,351	7,225
4	(Constante)	-24,639	26,203		-,940	,351	-77,220	27,941
	Participación Social	-2,225	6,358	-,048	-,350	,728	-14,984	10,534
	Edad (años)	,194	,216	,122	,899	,373	-,239	,627
	Sexo	-5,533	3,165	-,225	-1,748	,086	-11,883	,818
	IMC	,781	,369	,336	2,116	,039	,040	1,521
	Nivel estudios	5,929	4,430	,190	1,338	,187	-2,961	14,819
	Tipo artroplastia	6,147	3,591	,245	1,712	,093	-1,059	13,353
	Artroplastias previas	,113	3,603	,004	,031	,975	-7,117	7,344
	Comorbilidad Charlson	-4,060	3,294	-,172	-1,233	,223	-10,669	2,549
	Riesgo quirúrgico ASA	6,191	3,593	,248	1,723	,091	-1,018	13,400
a. Variable dependiente: Diferencia Capacidad funcional								

Tabla 19. Coeficiente B e intervalo de confianza al 95% para B del modelo de regresión lineal múltiple que analiza la relación entre la diferencia de capacidad funcional tras una ATC o ATR, la subred participación social y las variables de control.

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Intervalo de confianza para B al 95%	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	37,707	4,399		8,572	,000	28,909	46,506
	Participación Social	-7,339	8,485	-,111	-,865	,391	-24,313	9,634
2	(Constante)	7,509	33,172		,226	,822	-58,942	73,960
	Participación Social	-5,741	8,835	-,087	-,650	,518	-23,439	11,958
	Edad (años)	,074	,307	,032	,240	,812	-,542	,689
	Sexo	-6,649	4,542	-,190	-1,464	,149	-15,747	2,449
	IMC	,808	,473	,244	1,707	,093	-,140	1,756
	Nivel estudios	7,325	6,395	,165	1,146	,257	-5,485	20,136
3	(Constante)	-25,024	37,390		-,669	,506	-99,986	49,938
	Participación Social	-,891	9,152	-,013	-,097	,923	-19,240	17,458
	Edad (años)	,159	,311	,070	,512	,611	-,464	,782
	Sexo	-5,684	4,531	-,162	-1,255	,215	-14,768	3,400
	IMC	1,153	,510	,348	2,262	,028	,131	2,175
	Nivel estudios	6,089	6,376	,137	,955	,344	-6,695	18,873
	Tipo artroplastia	9,438	5,216	,265	1,810	,076	-1,019	19,895
	Artroplastias previas	,321	5,229	,008	,061	,951	-10,163	10,806
4	(Constante)	-32,452	37,706		-,861	,393	-108,115	43,210
	Participación Social	-2,171	9,150	-,033	-,237	,813	-20,531	16,189
	Edad (años)	,223	,311	,098	,717	,476	-,400	,846
	Sexo	-6,313	4,554	-,180	-1,386	,172	-15,450	2,825
	IMC	,957	,531	,289	1,803	,077	-,108	2,023
	Nivel estudios	7,567	6,375	,171	1,187	,241	-5,226	20,359
	Tipo artroplastia	9,986	5,167	,280	1,932	,059	-,383	20,355
	Artroplastias previas	,393	5,185	,010	,076	,940	-10,011	10,797
	Comorbilidad Charlson	-4,402	4,739	-,131	-,929	,357	-13,912	5,109
	Riesgo quirúrgico ASA	9,420	5,170	,266	1,822	,074	-,954	19,794
a. Variable dependiente: Diferencia WOMAC total								

Tabla 20. Coeficiente B e intervalo de confianza al 95% para B del modelo de regresión lineal múltiple que analiza la relación entre la diferencia de puntuación total de WOMAC tras una ATC o ATR, la subred participación social y las variables de control.

• Análisis 12

(Tabla 20):

Variable dependiente:
Diferencia de WOMAC Total

La única variable que estaba relacionada con la diferencia de puntuaciones del WOMAC Total se encontró en el modelo 3 y fue el IMC ($p=0,03$).



Inés Ortiz reclama un proyecto más ambicioso para demostrar que las redes sociales son imprescindibles para una recuperación más temprana

Del análisis de regresión lineal múltiple que se realizó, la única variable que se relacionó con la diferencia en las puntuaciones de dolor entre el preoperatorio y a los tres meses de la artroplastia fue el tipo de intervención quirúrgica realizada, pero esta relación desaparece en el caso de incluir la participación social en el análisis.

Respecto a la diferencia de las puntuaciones en la rigidez, independientemente de las variables relacionadas con las redes sociales incluidas en los modelos, la única variable relacionada fue el riesgo quirúrgico medido con la escala de A.S.A.

En cuanto a la recuperación de la capacidad funcional, la única variable que estaba relacionada con ella fue el IMC.

Si se tiene en cuenta la diferencia en la puntuación global del WOMAC, las únicas variables relacionadas se obtuvieron cuando se incluía el IRS total o la estructura de red social y fueron el IMC en el modelo 3 o el tipo de artroplastia en el modelo 4. En el caso de incluir la participación social, la única relación estadísticamente significativa fue con la variable de control IMC.

No se encontró ninguna relación estadísticamente significativa entre las diferencias de las puntuaciones del dolor, de la rigidez, de la capacidad funcional o del WOMAC total con el IRS total o las subredes que lo forman, la edad, el sexo, el nivel de estudios, las artroplastias previas y la comorbilidad medida con el índice de Charlson.[]

7. discusión

En relación a la edad de los pacientes estudiados, la edad media fue de 72,38 años (DE 7,7), lo que coincide con la edad media para este tipo de intervenciones quirúrgicas en Cataluña (1,13), pero es más elevada que los resultados obtenidos en otros estudios realizados en Estados Unidos (4,16), probablemente debido a que la esperanza de vida en Cataluña (62) es bastante elevada (84,56 años para mujeres y 78,66 años para hombres).

A diferencia de los datos que se muestran en el informe *Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya. Any 2009. Registre del Conjunt Mínim Bàsic de Dades (CMBD) (13)*, en el que se indica que existe una mayor proporción de mujeres que se intervienen de ATR o ATC en Cataluña (un 61,6% y un 59%, respectivamente), la distribución por sexos en esta muestra es muy similar.

El peso medio de las personas intervenidas quirúrgicamente de artroplastia fue de 80,97 kg (DE 13,81), con una talla media de 1,61 metros (DE 0,08), lo que implica que el valor del índice de masa corporal media fuera bastante elevado (31,5 kg/m²; DE 5,34). Únicamente siete personas (el 11,1%) tenía un peso normal según el IMC, y a pesar de que en la literatura científica existe controversia respecto a la influencia que puede tener sobre las tasas de fallo de las prótesis, los pacientes obesos obtienen peores resultados a nivel funcional en el postoperatorio (19,63). Además, el IMC identifica un grupo de pacientes que puede presentar dificultades: tiene más comorbilidades y más incidencia de complicaciones postoperatorias (63). En este estudio, se observó que existía una relación estadísticamente significativa entre el IMC y la diferencia en las puntuaciones de la capacidad funcional entre el pre y el postoperatorio.

Casi un 30% de la muestra no tenía ningún tipo de estudios completados, y aproximadamente la mitad de los pacientes tenía solamente los

estudios primarios completos, lo que representaba que hay un 81,3% de personas con formación académica mínima. Este hecho puede relacionarse con los años de la posguerra española, pues estos pacientes pasaron su infancia en esta época llena de dificultades demográficas, económicas y sociales.

Respecto al riesgo quirúrgico de los pacientes medido mediante la escala de la Sociedad Americana de Anestesiología (A.S.A.), el 55,6% presentaba un riesgo quirúrgico de clase 2 (enfermedad sistémica leve: afectación sistémica causada por el proceso patológico u otra afectación fisiopatológica), y un 41,3% de clase 3 (enfermedad sistémica grave, sin limitación funcional: afectación sistémica grave o severa de cualquier causa). Tan sólo hay una persona que se consideraba "paciente sano". Estos datos contrastan con los resultados obtenidos según la clasificación de comorbilidad de Charlson, donde un 82,8% de los pacientes obtuvieron puntuaciones de entre 0 y 1 punto (y se considera "ausencia de comorbilidad").

Durante el periodo de estudio, se realizó una mayor cantidad de artroplastias totales de rodilla que de cadera, lo que coincide con los datos ofrecidos en el Informe de la *Activitat Assistencial de la xarxa sanitària en Catalunya (13)*.

Aunque tres cuartas partes de los pacientes no habían sido sometidos previamente a ninguna artroplastia articular, había 17 personas que ya conocían este tipo de procedimiento quirúrgico, lo que podría resultar una limitación en este estudio. Las experiencias previas de estos pacientes podrían haber hecho variar las puntuaciones que le otorgaron a cada una de las dimensiones del cuestionario WOMAC (por ejemplo, si recordaban haber sufrido mucho dolor durante las primeras semanas de rehabilitación postoperatoria, tal vez en esta ocasión lo relacionasen con que no tienen tantas molestias como entonces y puntuasen mejor en los ítems

de este cuestionario). Este estudio demuestra que en las tres dimensiones del cuestionario WOMAC se produjo una disminución de las puntuaciones a los 3 meses de la artroplastia, lo que indica una mejoría estadística en cuanto a los niveles de dolor, rigidez y capacidad funcional en este periodo de tiempo ($p=0,00$). Tal como se aprecia en la literatura científica (25,26), los mejores resultados postoperatorios se consiguen a los 12 meses de la intervención, por lo que a nivel clínico es muy importante la mejoría obtenida en este periodo de tiempo. Este hecho puede favorecer la socialización y participación social que, en muchas ocasiones, ha podido resultar mermada como consecuencia de la osteoartrosis que padecen. Aunque todavía presentaban dificultad para realizar algunas actividades como las tareas domésticas pesadas o ponerse los calcetines o medias, el hecho de incrementar su capacidad para ir al retrete de forma autónoma o levantarse de la cama sin dificultad, favorecería su propio bienestar y autonomía y, por consiguiente, el retorno paulatino a la dinámica familiar y social habitual.

Los pacientes intervenidos de artroplastia total de cadera o rodilla en el Hospital Santa María obtuvieron una puntuación media en el IRS Total de 1,15 (DE 0,31). La media de la subred estructura social fue de 0,69 (DE 0,14) y de la subred participación social de 0,45 (DE 0,27). Teniendo en cuenta que estos resultados son superiores a los obtenidos en el único estudio que emplea el IRS, de Escobar Bravo MA (34), con una muestra de 1.286 personas, edad media de 73,0 años (DE 1,9), similar a la de la muestra incluida en este trabajo, y residentes en Madrid y Barcelona, se puede considerar que la muestra de este estudio contaba con una mayor red social. Esta situación podría deberse al carácter rural y culturalmente mediterráneo y familiar que existe en Lleida y provincia (de donde procede la mayoría de los pacientes).

En cuanto a la estructura social, es muy importante destacar que la mayoría de los pacientes tenía pareja (82,8%) y más de tres cuartas partes se veía a diario con sus hijos y/o nietos, lo que indicaba que, a priori, disponían de una red de personas muy próximas que potencialmente les podrían ofrecer apoyo durante la

recuperación tras una artroplastia articular de cadera o rodilla. A pesar de que el 85,9% de los pacientes indicó tener algún confidente, existe un nada despreciable 21,9% que declaró no tener ningún amigo, (entendiendo por amigo a la persona con la que se sentía bien, podía hablarle de las cosas que le interesaban o podía llamarle para que le ayudase). Durante la encuesta, algunas de estas personas justificaron sus respuestas con comentarios como "Nosaltres som molt de casa".

Respecto a la participación social, con una puntuación media bastante ajustada, resulta indispensable remarcar que un 25% de los pacientes no iba nunca al mercado a comprar, cifra que alcanzó un 60,9% de personas que no acudía nunca a la plaza o al parque a pasear. Los factores principales que pudieron ocasionar estas bajas cifras de participación social estarían motivados por la misma enfermedad osteoarticular que padecen y las consecuencias que les ocasionan: dolor y mucha dificultad. De este modo, a medida que fuera disminuyendo el dolor al andar y aumentara la capacidad de estas personas para ir de compras (por ejemplo), las puntuaciones en la participación social deberían incrementarse de forma paulatina.

Sin olvidar la hipótesis planteada para este estudio, con los resultados obtenidos de la muestra analizada, se debe considerar que las redes sociales no influyen en la recuperación de los pacientes intervenidos de artroplastia total de cadera o rodilla en el Hospital Santa María de Lleida. Sin embargo, este resultado debería ser tomado en cuenta como un resultado "provisional" debido a que, una de las limitaciones de este trabajo es que no se alcanzó la muestra necesaria y el muestreo utilizado fue el muestreo consecutivo, por lo que estos resultados no son extrapolables a la población general.

Otra limitación en el presente estudio puede ser el acotado tiempo de seguimiento de los pacientes (3 meses). Los mayores beneficios tras una artroplastia articular se alcanzan a los 12 meses de la intervención quirúrgica (25,26), lo que hace que, en este corto plazo de tiempo, todavía no se hayan conseguido los mejores resultados posibles para cada uno de estos pacientes.

Finalmente, otra limitación es el hecho de que

se hayan incluido pacientes con artroplastias totales de cadera o rodilla previas (17 personas), lo que podría haber hecho subjetivizar las respuestas a las preguntas del cuestionario WOMAC, tanto en el preoperatorio como a los tres meses de la artroplastia.

Como propuesta de nuevas líneas de investigación se encontraría el hecho de investigar a fondo si realmente las redes sociales no influyen en la recuperación tras una artroplastia, tal y como se evidencia en este trabajo.

Debería desarrollarse un proyecto más ambicioso y que englobase una mayor población, por ejemplo, incluyendo a los pacientes de otros centros hospitalarios donde se realicen este tipo de intervenciones quirúrgicas, como

el Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Entre las nuevas líneas de investigación debería valorarse la posibilidad de desarrollar algún programa para fomentar la participación de las personas que conforman la red estructural de los pacientes diagnosticados de osteoartritis de cadera o rodilla y que van a someterse a una artroplastia. Sólo de este modo podría fomentarse una recuperación más plena y rápida, siempre con personas dispuestas a ofrecer el apoyo que estos pacientes requieren durante las primeras semanas de rehabilitación y postoperatorio. Otra línea de investigación podría estar relacionada con la participación social de las personas diagnosticadas de artrosis de cadera o rodilla principalmente y ver si realmente esta participación mejora tras el proceso y recuperación quirúrgica.[]

8. conclusiones

Las principales conclusiones derivadas de este estudio son:

- Las artroplastias totales de rodilla y cadera mejoran de forma significativa el dolor, la rigidez y la capacidad funcional que tienen los pacientes con osteoartritis a los tres meses de la intervención quirúrgica.
- Estos pacientes cuentan con una estructura de red social aceptable, formada principalmente por la pareja, hijos y nietos y amigos.
- Antes de la intervención quirúrgica, la participación social de los pacientes con osteoartritis de cadera o rodilla es bastante ajustada.
- Las redes sociales no influyen en la recuperación tras una artroplastia total de cadera o rodilla.[]

bibliografía

- (1) Ramón Rona S. Función y calidad de vida de los pacientes con gonartrosis antes y después de la artroplastia de sustitución. Coste de la gonartrosis según la esperanza de vida y de la cirugía [Tesis doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2001.
- (2) Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Pla director de malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2010.
- (3) Allepuz A, Serra Sutton V, Espallargues M, Salvador X, Pons JMV. Artroplastias de cadera y rodilla en Cataluña desde 1994 a 2005. *Gac Sanit*. 2008;22(6):534-40.
- (4) Kiefer RA. The effect of social support on functional recovery and wellbeing in older adults following joint arthroplasty. *Rehabil Nurs* 2011;36(3):120-6.
- (5) Gurt Daví A, Moragues Pastor C, Palau González J, Rubio Terrés C. Evidencia científica en artrosis. Manual de actuación. Organización Médica Colegial de España. Coordinación Editorial IM&C, S.A. Madrid 2006.
- (6) Giménez Basallote S, Gimeno Marqués A, Panero Hidalgo P, Casals Sánchez JL. Recomendaciones de buena práctica clínica en artrosis. *SEMERGEN* 2008;34(3):143-8.
- (7) Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ* 2003;81(9):646-56.
- (8) Sociedad Española de Reumatología. Artrosis. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010.
- (9) Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis* 2001;60(11):1040-5.
- (10) Quintana JM, Arostegui I, Escobar A, et al. Prevalence of knee and hip osteoarthritis and the appropriateness of joint replacement in an older population. *Arch Intern Med* 2008;168:1576-84.
- (11) Muniesa Portolés JM. Anàlisi de les expectatives dels pacients candidats a artroplastia total de genoll [Tesis doctoral]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2006.
- (12) Comin M, Dejoz R, Atienza C. En: Ramón Rona S. Función y calidad de vida de los pacientes con gonartrosis antes y después de la artroplastia de sustitución. Coste de la gonartrosis según la esperanza de vida y de la cirugía [Tesis doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2001.
- (13) Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya. Any 2009. Registre del Conjunt Mínim Bàsic de Dades (CMBD). Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona, diciembre 2010. Disponible en: http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/cmbd/cmbd_2009.pdf (Acceso el 31-8-2011).
- (14) Rasanen P, Paavolainen P, Sintonen H, Koivisto AM, Blom M, Rynnanen OP, et al. Effectiveness of hip or knee replacement surgery in terms of quality-adjusted life years and costs. *Acta Orthop*. 2007;78:108-15.
- (15) Navarro Espigares JL, Hernández Torres E. Cost-outcome analysis of joint replacement: evidence from a Spanish public hospital. *Gac Sanit* 2008;22(4):337-43.
- (16) Katz JN. Total joint replacement in osteoarthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2006 Feb;20(1):145-53.
- (17) Escobar A, Quintana JM, Bilbao A, Azkárte J, Güenagas JI, Arenaza JC, Gutiérrez LF. Effect of patient characteristics on reported outcomes after total knee replacement. *Rheumatology* 2007;46:112-119.
- (18) Young N, Cheah D, Waddell J, Wright J. Patient characteristics that affect the outcome of total hip arthroplasty: a review. *Can Surg J* 1998;41:188-95.
- (19) Santaguida PA, Hawker GA, Hudak PL, Glazier R, Mahomed NN, Kreder HJ, Coyte PC, Wright JG. Patient characteristics affecting the prognosis of total hip and knee joint arthroplasty: a systematic review. *Can J Surg* 2008; 51(6): 428-36.
- (20) Greenfield S, Apolone G, McNeil BJ, Cleary PD. The importance of co-existent disease in the occurrence of postoperative complications and one-year recovery in patients undergoing total hip replacement. Comorbidity and outcomes after hip replacement. *Med Care* 1993;31(2):141-54.
- (21) Weinberger M, Hiner SL, Tierney WM. Improving functional status in arthritis: The effect of social support. *Soc Sci Med* 1986;23(9):899-904.
- (22) Schäfer T, Krummenauer F, Mettelsiefen J, Kirschner S, Günther KP. Social, educational, and occupational predictors of total hip replacement outcome. *Osteoarthritis and Cartilage* 2010;18(8):1036-1042.
- (23) Montin L, Leino-Kilpi H, Suominen T, Lepisto J. A systematic review of empirical studies between 1966 and 2005 of patient outcomes of total hip arthroplasty and related factors. *J Clin Nurs* 2008 Jan;17(1):40-45.

- (24) Fortin PR, Clarke AE, Joseph L, Liang MH, Tanzer M, Ferland D, et al. Outcomes of total hip and knee replacement: preoperative functional status predicts outcomes at six months after surgery. *Arthritis Rheum* 1999;42:1722-8.
- (25) Nilsson AK, Isaksson F. Patient relevant outcome 7 years after total hip replacement for OA - a prospective study. *BMC Musculoskelet Disord* 2010 Mar 11;11:47.
- (26) Nilsson AK, Toksvig-Larsen S, Roos EM. A 5 year prospective study of patient-relevant outcomes after total knee replacement. *Osteoarthritis Cartilage* 2009 May;17(5):601-606.
- (27) Otero Puime A, Zunzunegui Pastor MV, Bédard F, Rodríguez Laso A, García de Yébenes y Prous MJ. Relaciones sociales y envejecimiento saludable. Bilbao: Fundación BBVA; 2006.
- (28) Barnes J. Class and Committees in a Norwegian Island Parish, *Hum Relations* 1954;7:39-58.
- (29) Bott, T. Family and social network. London: Tavistock Press; 1957.
- (30) Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance. *Am J Epidemiol* 1976;104:107-203.
- (31) House JS, Landis KS, Umberson D. Social Relationships and Health. *Science* 1988 Jul 29;241(4865):540-5.
- (32) Cohen S. Psychological models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychol* 1988;7(3):269-97.
- (33) Berkman LF, Glass T. Social integration, social networks, social support and health. In: Berkman LF, Kawachi I, editors. *Social Epidemiology*, Nueva York: Oxford University Press: 2000. p.137-173.
- (34) Escobar Bravo MA. Redes sociales como factor predictivo de situaciones de discapacidad al comienzo de la vejez [Tesis doctoral]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2009.
- (35) Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda county residents. *Am J Epidemiol* 1979; 109:186-204.
- (36) House JS, Robbins C, Metzner HL. The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh community health study. *Am J Epidemiol* 1982; 116: 1213-40
- (37) Kaplan GA, Salonen JT, Cohen RD, Brand RJ, Syme L, Puska P. Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular disease: prospective evidence from eastern Finland. *Am J Epidemiol* 1988; 128:370-80
- (38) Holt-Lunstad J, Smith TB, Bradely Layton J. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *Plos Med* 2010; 7(7): e1000316.
- (39) George LK. Stress, social support, and depression over the lifecourse. En: Markides K, Cooper C, editores. *Aging, stress, social support, and health*. London: Wiley; 1989:241-267.
- (40) Zunzunegui MV, Alvarado BE, Del Ser T, Otero A. Social networks, social integration and social engagement are risk factors for cognitive deterioration among Spanish elderly. *J Gerontol Series B Psy Sci Soc Sci* 2003; 58:S93-100.
- (41) Berkman LF, Leo-Summers L, Horwitz RJ. Emotional support after myocardial infarction: a prospective population based study of the elderly. *Ann Intern Med* 1992;117:1003-1009.
- (42) Mendes de Leon CF, Gold DT, Glass TA, Kaplan L, George LK. Disability as a function of social networks and support in elderly African Americans and Whites: the Duke EPESE 1896-1992. *J Gerontol Series B Psych Sci Soc Sci* 2001;56:S179-90.
- (43) Unger JB, McAvay G, Bruce ML, Berkman LF, Seeman T. Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons: MacArthur studies of successful aging. *J Gerontol Series B Psych Sci Soc Sci* 1999;55:S245-51.
- (44) Liu X, Liang J, Muramatsu N, Sugisawa H. Transitions in functional status and active life expectancy among older people in Japan. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1995 Nov;50(6):S383-94.
- (45) Cobb S. Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med* 1976 Sep-Oct;38(5):300-314.
- (46) Blixen CE, Kippes C. Depression, social support, and quality of life in older adults with osteoarthritis. *Image J Nurs Sch* 1999;31(3):221-226.
- (47) Ceder L, Thorngren KG, Wallden B. Prognostic indicators and early home rehabilitation in elderly patients with hip fractures. *Clin Orthop Relat Res* 1980 Oct;(152)(152):173-184.
- (48) Cobey JC, Cobey JH, Conant L, Weil UH, Greenwald WF, Southwick WO. Indicators of recovery from fractures of the hip. *Clin Orthop Relat Res* 1976 Jun;(117)(117):258-262.
- (49) Cummings SR, Kelsey JL, Nevitt MC, O'Dowd KJ. Epidemiology of osteoporosis and osteoporotic fractures. *Epidemiol Rev* 1985;7:178-208.
- (50) Bellamy N, Buchanan W, Goldsmith C. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes following total hip or knee arthroplasty in osteoarthritis. *J Orthop Rheumatol* 1988;1:95e108.
- (51) Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC). Disponible en: <http://www.rheumatology.org/practice/clinical/clinician-researchers/outcomes-instrumentation/WOMAC.asp> (Acceso el

07-10-2011).

(53) Escobar A, Quintana JM, Bilbao A, Azkarate J, Guenaga JL. Validation of the Spanish version of the WOMAC questionnaire for patients with hip or knee osteoarthritis. Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index. Clin Rheumatol 2002;1921:466-71.

(54) Battle-Gualda E, Esteve-Vives J, Piera MC, Hargreaves R, Cutts J. Traducción y adaptación al español del cuestionario WOMAC específico para artrosis de rodilla y cadera. Rev Esp Reumatol 1999;38-45.

(55) Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Calidad de vida en pacientes operados de artroplastia total de rodilla y cadera en Cataluña. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Disponible en: http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/racat_artroplastias_cvrs_aiaqs2011es.pdf (Acceso el 15-10-2011).

(56) van den Akker-Scheek I, Stevens M, Spriensma A, van Horn JR. Groningen Orthopaedic Social Support Scale: validity and reliability. J Adv Nurs 2004 Jul;47(1):57-63.

(57) World Health Organization. Body mass index. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi> (Acceso el 31-8-2011).

(58) Martínez-Chacón Crespo JL. La agenda del anestesiólogo. Clasificación de la A.S.A. Disponible en: <http://www.uam.es/departamentos/medicina/anesnet/agenda/escalas.htm#asa> (Acceso el 26-08-2011).

(59) Charlson ME, Pompei P, Ales KL. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chron Dis 1987;40:373-83.

(60) Gil-Bona J, Sabaté A, Miguelena Bovadilla JM, Adroer R, Koo M, Jaurrieta E. Valor de

los índices de Charlson y la escala de riesgo quirúrgico en el análisis de la mortalidad operatoria. CIR ESP. 2010;88(3):174-179.

(61) López Alonso SR, Martínez Sánchez CM, Romero Cañadillas AB, Navarro Casado F, González Rojo J. Propiedades métricas del cuestionario WOMAC y de una versión reducida para medir la sintomatología y la discapacidad física. Aten Primaria 2009;41(11):613-620.

(62) IDESCAT. Esperança de vida en néixer. 2008. Disponible en: <http://www.idescat.cat/economia/inec?tc=3&id=8717> (Acceso el 11-11-2011).

(63) Lozano Lizarraga LM. Artroplastia total de rodilla en pacientes obesos graves y mórbidos [Tesis doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2010.[]

En un futuro estudio deberían incluirse variables como los días de estancia hospitalaria



INFERMERES en fuga

UNES PER INQUIETUT PROFESSIONAL, I LA MAJORIA PER LA CRISI, les nostres infermeres viatgen arreu buscant nous reptes professionals o la primera incorporació al mercat laboral. A continuació, el testimoni de com viuen l'experiència les infermeres lleidatanes residents a l'estranger.



entrevistem

ALEMÀNIA

En DAVID AGUILAR (28 anys) és d'Almacelles i la LAURA LUENGO va néixer a Lleida fa 23 anys. Tots dos es van diplomar a la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Lleida i ara viuen a Berlín des de fa 6 mesos. Tot i que van arribar-hi el passat mes de maig, no començaran a treballar fins aquest desembre, ja que per poder fer qualsevol feina l'estat alemany exigeix tenir un nivell mínim de l'idioma (B2). De moment, en aquests primers mesos la Laura i el David han estudiat alemany i han treballat per una empresa privada que ofereix assistència mèdica a domicili. Així doncs, esperen poder treballar pel sistema sanitari alemany aquest mes de desembre.

ANGLATERRA

La RAQUEL BIELSA va néixer a Saragossa fa 27 anys. El seu esperit viatger l'ha portat a viure en tres països diferents en els darrers quatre anys. Va cursar els estudis d'infermeria a Lleida (amb una estada a Finlàndia gràcies a una beca Erasmus) i ara les ganes de viure a l'estranger l'han dut a Anglaterra, concretament a Stevenage (Hertfordshire), on treballa en una planta del servei d'urgències (HAU-Herlalded Assessment Unit) del Lister Hospital.

L'ÀNGELS PRADES, la NÚRIA PLANELLA i la MARTA VARELA són tres joves infermeres que comparteixen amistat, vocació professional i destinació laboral. Nascudes a Lleida fa 22 anys, el destí les va unir per primer cop a la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Lleida on van realitzar els seus estudis. En acabar la diplomatura, totes tres s'han embarcat en l'aventura de treballar a l'estranger. Primer ho va fer l'Àngels que viu allí des de fa tot just un any. Després la va seguir la Núria que porta a Anglaterra des

del passat mes de març i, finalment, s'hi va afegir la Marta des del passat octubre. Totes tres resideixen en una població del comtat de Kent anomenada Royal Tunbridge Wells i treballen per la companyia Barchester en diferents residències. L'Àngels i la Núria a la Wadhurst Manor, situada en un poblet anomenat Wadhurst, i la Marta a la residència Dudwell St. Mary de Burwash.

FRANÇA

L'OLGA ECHEVARRÍA va treballar d'infermera a França durant quatre anys. Va marxar després de diplomar-se per viure una nova experiència i moguda per les bones ofertes de treball que va trobar. Després d'aquest període va tornar a Lleida i ara, amb 33 anys, repeteix experiència amb unes condicions diferents. Ha marxat amb la seva família i té previst quedar-s'hi força temps.

GIBRALTAR

En GUILLEM PONS té 33 anys i treballa al Dudley Toomey Surgical Ward del St. Bernard's Hospital de Gibraltar. La difícil situació laboral que es començava a viure a Catalunya, juntament amb les ganes d'aprendre anglès van portar aquest infermer lleidatà a embarcar-se en l'aventura de treballar al Penyal.

PORTUGAL

La GEMMA CHARLEZ va treballar d'infermera durant sis anys en un hospital d'Oporto (Portugal). Tot i que en un principi no ho tenia massa clar, de la seva experiència només en té paraules positives. L'enriquiment a tots els nivells va marcar aquest període de manera que, si hagués d'emigrar de nou, no s'ho pensaria dues vegades i faria les maletes amb tota la seva família.[]



MARTA VARELA , NÚRIA PLANELLA I ÀNGELS PRADES (Anglaterra)

ALEMÀNIA

DAVID AGUILAR Feia molt de temps que pensava en la decisió de marxar del país, ja que hi havia poca feina. Sentia que em trobava en un estat d'estancament de la meua carrera professional. Volia provar, millorar i aprendre com funcionava la infermeria fora del nostre país. Tot i que tenia una feina a mitja jornada, més o menys estable al Centre Assistencial Sant Joan de Déu d'Almacelles, vaig decidir marxar.

LAURA LUENGO Vaig decidir marxar a l'estranger a treballar perquè a Lleida no trobava feina d'infermera. Vaig acabar la carrera i em vaig posar a treballar en una botiga de roba perquè volia tenir el meu sou i ser una mica independent amb les meves despeses. La feina que jo duia a terme però, no era la feina que jo volia fer. Em sentia una mica estancada a Lleida i vaig decidir marxar per créixer com a persona i viure una nova experiència.

ANGLATERRA

RAQUEL BIELSA El fet de canviar i de fer una cosa que sempre havia volgut fer: treballar a l'estranger i viure en un altre país.

ÀNGELS PRADES / NÚRIA PLANELLA / MARTA VARELA La situació que hi ha al nostre país actualment. Necessitem sentir-nos útils després d'haver acabat la nostra carrera i poder posar en pràctica els nostres coneixements.

Què t'ha portat a treballar a l'estranger?

FRANÇA

OLGA ECHEVARRÍA La primera vegada que vaig emigrar a França va ser quan vaig acabar els estudis, ja que ens oferien molt bones condicions i ofertes de treball i, al mateix temps, volia viure una nova experiència. La segona vegada, ara fa 3 mesos, ho he fet per la incertesa laboral de no saber si treballaré el mes següent i per les condicions dels contractes. No em sentia realitzada com a infermera.

GIBRALTAR

GUILLEM PONS Jo vaig marxar a treballar a fora com una fita personal, per l'idioma (sempre es bo aprendre anglès), per veure nous punts de vista i per millorar les condicions laborals i econòmiques que oferia el lloc.

PORTUGAL

GEMMA CHARLEZ El motiu principal va ser la meua parella. Ell marxava a estudiar i treballar a Oporto i, per aquest motiu, vam decidir tots dos que jo l'acompanyaria.

Et va costar de prendre la decisió?

ALEMÀNIA

DAVID AGUILAR No em va costar gens. Feia molt de temps que hi anava darrere.

LAURA LUENGO Doncs sí que em va costar molt prendre la decisió de marxar a l'estranger perquè és un pas molt important. Jo sóc una noia molt d'estar a casa, molt familiar i molt amiga dels meus amics i, el fet de deixar-ho tot per intentar buscar un futur millor, és molt complicat. Marxes a un país desconegut, amb un idioma difícil d'aprendre i on tot és nou. No saps en aquell moment si t'adaptaràs a la teva nova vida o, si al cap de dos mesos, hauràs de tornar a casa perquè no ets capaç d'afrontar aquesta nova etapa. Quan ets a casa el valor que li dones a les coses no és tan gran com quan ets fora. Quan ets lluny de casa ho trobes a faltar tot, les discussions amb els pares o amb la meva germana, les tardes amb els amics, l'ambient de la teva ciutat...

ANGLATERRA

RAQUEL BIELSA Sí. Costa deixar-ho tot per fer allò que vols de veritat! M'agradava molt la meva feina, encara que cada dia era més dur... També hi havia altres coses com la família, els amics...

ÀNGELS PRADES / NÚRIA PLANELLA / MARTA VARELA Una mica sí. Sempre es dur marxar fora de casa, deixar la teva família i començar una experiència nova que no saps com anirà. Veure i conèixer gent que ha marxat també com nosaltres, ens fa tirar endavant i veure més sortides.

FRANÇA

OLGA ECHEVARRÍA La primera vegada no gaire. Era més jove i no em feia por el procés d'adaptació, sempre podia torna a casa. Ara ha estat diferent. Jo diria que ho he estat pensant seriosament durant un any. Ha estat molt dur prendre la decisió, ja que en aquest moment les circumstàncies no són les mateixes. He marxat amb la mentalitat de no tornar i això implica deixar moltes coses i persones enrere. A més, no he marxat sola sinó amb la meva parella i la meva filla. Ara fa tres mesos i estic contenta d'haver pres la decisió.

GIBRALTAR

GUILLEM PONS No, prendre la decisió no em va costar perquè va ser un cúmul de moltes coses. La situació que es començava a viure i el que es preveia que passaria van propiciar la decisió. Sí que em vaig espantar molt quan ja ho tenia tot arreglat (ja havia fet l'entrevista de feina i em van dir que m'havien agafat). Fins aquell moment era com una aventura mes i, de cop i volta, em vaig trobar a Gibraltar. Vaig haver de plegar del SAR Nadal Meroles, buscar pis i bitllets, acomiadar-me de la família i els amics i marxar en 15 dies.

PORTUGAL

GEMMA CHARLEZ En un primer moment no ho vaig veure massa clar. Al acabar la carrera de seguida vaig començar a treballar i, en poc temps, tenia unes feines estables. Per aquest motiu pendre la decisió de marxar no va ser gens fàcil, ja que tenia que deixar quelcom que m'havia costat un esforç d'aconseguir. Per altra banda però, tenia una feina garantida quan arribés a Portugal.



LAURA LUENGO I DAVID AGUILAR (Alemanya)

ALEMÀNIA

DAVID AGUILAR Professionalment sí, tot i que vaig fer un Erasmus a Nàpols l'últim curs de la Diplomatura.

LAURA LUENGO Sí. Aquest és el primer cop que marxo a viure fora. De fet és el primer cop que marxo de casa dels pares i no he anat al poble del cantó, sinó que soc a Berlín, molt lluny de casa.

ANGLATERRA

RAQUEL BIELSA No. En els últims quatre anys he viscut en 3 països i, a més, vaig fer un Erasmus a Finlàndia el 2008. Sóc de Saragossa i vaig venir a Lleida a estudiar infermeria. Em vaig quedar aquí treballant durant 3 anys, fins que el passat mes de març, vaig donar el pas de traslladar-me a Anglaterra.

ÀNGELS PRADES / NÚRIA PLANELLA / MARTA VARELA Sí, som novates en això. Cada dia que passa aprenem coses noves i això, ens motiva per continuar endavant.

És el primer cop que emigres?

FRANÇA

OLGA ECHEVARRÍA No, ja ho vaig fer del 2003 al 2007.

GIBRALTAR

GUILLEM PONS Sí, és el primer cop que visc fora de Catalunya, tot i que visc a La Línea de la Concepción treballa a Gibraltar en un hospital del sistema sanitari britànic. De casa meva a l'hospital hi ha 25 minuts caminant, la Policia Nacional, la Royal Gibraltar Police i un aeroport.

PORTUGAL

GEMMA CHARLEZ Vaig estar sis anys a Portugal, del gener de 2002 al gener de 2008.

Comparant amb el país on estàs ara, quines són les diferències que destacaries amb el sistema català de salut?

ALEMÀNIA

DAVID AGUILAR En són moltes. Per posar algun exemple, la sanitat aquí és de copagament. És a dir, si tu vols anar al metge has de pagar 10 euros. Aquesta quota et serveix només per un trimestre, encara que pots fer ús de totes les especialitats mèdiques menys algunes com el servei d'urgències o l'odontologia, entre d'altres. Passats els tres mesos, si necessites tornar al metge has de tornar a pagar 10 euros. En cas contrari, fins que no et calgui tornar al metge no cal que abonis res. Paral·lelament, l'empresa privada que s'encarrega de la gestió d'aquest cobrament té tants diners que ha decidit que, a partir del proper gener, no s'haurà de pagar ni abonar res per anar al metge. Els medicaments també són molt cars i gairebé no estan finançats, per tant has de pagar quasi la totalitat del fàrmac. Un exemple clar és el cas de les vacunes que no són gratuïtes. Posar-te la vacuna de l'hepatitis té un cost de 80 euros. Només són retornables si treballes durant més d'un any en qualsevol empresa. Aleshores és l'empresa qui t'abona aquests diners.

ANGLATERRA

RAQUEL BIELSA Moltes! Aquí la ràtio d'infermera per malalt és molt més alta! I els contractes no funcionen com a Catalunya amb les borses de treball. Tu pots optar a un contracte fix fent una entrevista directament amb els supervisors del servei i si els agrades, et contracten i ja està.

ÀNGELS PRADES / NÚRIA PLANELLA / MARTA VARELA Primer de tot, l'horari de feina. Aquí es treballa en torns de dotze hores de 3 a 5 dies a la setmana. En total, hem de fer de 42 a 44 hores setmanals. Després, la manera de treballar. Estem en una residència on és molt important la comoditat i el tracte amb els pacients. Passem molta estona amb ells i tenim una relació molt cordial amb la família dels residents. A més, és una feina on la infermera té moltíssima responsabilitat.



OLGA ECHEVARRÍA (França)

FRANÇA

OLGA ECHEVARRÍA La diferència més gran és que a França esculls el metge que vols i vas a la seva consulta. En aquell moment pagues i, després, la seguretat social et reemborsa només una part (aquesta part habitualment és un 60 o 70 %). Passa el mateix quan et fas una analítica de sang, una radiografia o bé quan necessites una ambulància o amb els medicaments a la Farmàcia. La part que falta te la paga la mútua, és a dir, estàs gairebé obligat a tenir una mútua. A tot això cal afegir que les ajudes socials són molt més nombroses i de millor qualitat a França que a Espanya.

GIBRALTAR

GUILLEM PONS A nivell assistencial, crec que el model és molt diferent. El model català està més basat en les tècniques i els procediments, mentre que el britànic és el que ells mateixos anomenen "British by the book", tot segons el manual. És un model eficient realment, però és molt diferent al què estem acostumats, almenys, a Catalunya.

PORTUGAL

GEMMA CHARLEZ Una de les principals diferències que hi ha és, per exemple, amb l'atenció de les urgències, ja que es fa pagar a tothom una mena de taxa moderadora amb la què es preten fer una mena de selecció per evitar fer abusos i colapsar aquest tipus d'atenció sanitària.



ALEMÀNIA

DAVID AGUILAR Aquí la infermeria no és una diplomatura ni cap llicenciatura. Són dos anys d'estudis i és com si fos un cicle de grau superior. Els infermers tenim poques competències, a no ser que les derivi el metge. Per exemple, fer una extracció de sang o una venoclisis és competència del metge. Malgrat això, quan saben que venim de Catalunya, sí que és veritat que et deixen fer més tècniques.

LAURA LUENGO Sí. Nosaltres estem molt ben formats a diferència dels infermers del país on estic ara. Per exemple, aquí un infermer no fa analítiques ni posa cap via, això és competència del metge.

ANGLATERRA

RAQUEL BIELSA Sí. Aquí no pots fer cap tècnica sinó has fet un curs de formació previ. Per exemple, aquesta setmana he fet el curs de teràpies endovenoses i, d'aquí a tres setmanes, el de canulació i venopunció. Sinó tinc l'acreditació, no puc treure ni una analítica perquè puc perdre el meu registre al NMC (Nursery and Midwifery College).

ÀNGELS PRADES / NÚRIA PLANELLA / MARTA VARELA Aquí necessites fer el que s'anomena "trainings" per poder fer segons quina tasca d'infermeria. S'asseguren molt que ho sapiguis fer i coneguis bé la tasca abans de exercir-la. Els trainings són com uns petits cursets on t'ensenyen què és, per què s'utilitza i com es fa alguna tasca d'infermeria. A Espanya això no passa. Quan acabes la carrera, estiguis en la unitat que estiguis, has d'estar preparada per fer-la.

Hi ha tasques per les què estàs format i que aquí no són competèn- cia teva o a l'inrevés?

FRANÇA

OLGA ECHEVARRÍA Això depèn del teu lloc de treball. Jo he viscut les dues coses. Per exemple, la gasometria és una funció mèdica però, si treballes en un servei especialitzat i el facultatiu responsable et coneix i sap que ho pots fer, et deixarà fer-ho. Per contra, he après a fer altres coses per les què no estava formada. Tot depèn, com he dit, del teu lloc de treball i de la teva actitud.

GIBRALTAR

GUILLEM PONS Sí i és terrorífic! Les gasometries les ha de fer l'anestessista i les vies venoses, si en saps posar, bé però sinó, pots trucar el metge de guàrdia o al "clinical manager" perquè la vingui a posar. Amb les analítiques passa el mateix que amb les vies, però ve un infermer especialment entrenat només per treure sang (phlebotomist nurse). Pel que fa a les sondes vesicals, els homes sonden els homes i les dones, les dones. Jo he hagut d'anar a alguna planta a posar sondes.

PORTUGAL

GEMMA CHARLEZ Una cosa que em va cridar especialment l'atenció va ser que a Portugal les gasometries arterials només les fan els metges. També em vaig adonar que tot depenia i era responsabilitat del metge o metgessa que era qui tenia l'última paraula en tot, incloses les cures d'infermeria.



Quines són les diferències salarials i laborals entre ambdós països?

ALEMÀNIA

DAVID AGUILAR A nivell salarial no hi ha diferència. Cobrem el mateix aquí que en un hospital públic de l'estat espanyol. Val a dir, però, que proporcionalment cobrem més perquè no tenim ni la meitat de competències que a Catalunya.

ANGLATERRA

RAQUEL BIELSA Pel que fa a les salarials, jo crec que més o menys de sou base es cobra el mateix. Respecte a les laborals, aquí els torns són de 12 hores diàries, 3 o 4 dies per setmana, i després pots fer dies extra fora del teu contracte amb el NHSP (National Health Strategic Plan) en el servei que vulguis.

ÀNGELS PRADES / NÚRIA PLANELLA / MARTA VARELA Les diferències salarials depenen segons la zona d'Anglaterra on estiguis treballant. Si treballes més a prop de Londres, cobres més per l'alt nivell econòmic d'aquesta zona. Suposem que també es cobra més que a Espanya perquè la responsabilitat que tens és més important i, també, per la situació econòmica del país.

FRANÇA

OLGA ECHEVARRÍA El salari és més elevat a França i, a nivell laboral, hi ha diverses possibilitats per exercir la nostra professió: hospitals privats, públics, residències, infermera liberal (autònoma) etc... A més, hi ha molta demanda d'infermeres.

GIBRALTAR

GUILLEM PONS Pel que fa a l'aspecte laboral, aquí la ràtio màxima de pacients és de 8 per un equip d'infermer i auxiliar. Pel que fa a l'aspecte salarial, la diferència no cal comentar-la. El sou és més que digne. El nivell de vida de Gibraltar és substancialment car però, el sou és molt atractiu.

PORTUGAL

GEMMA CHARLEZ Les diferències salarials són notables. El sou base net d'un diplomada en un hospital públic era, aproximadament, de 800 euros. A nivell laboral, les jornades són de 8 a 14.30h el torn de matí, de 14 a 20h el torn de tarda i de 20 a 8h el torn de nit. Personalment trobo que aquests horaris, sobretot el torn de tarda, són molt adequats ja que et permet sortir de la feina a una bona hora i aconseguir així, conciliar la vida laboral i familiar.

La Laura Luengo
i el David Aguilar,
al Museu de
l'Holocaust
de Berlín.

GEMMA CHARLEZ (Portugal)



Els infermers/es espanyols tenen fama de tenir una molt bona formació, és cert?

ALEMÀNIA

DAVID AGUILAR Cent percent cert. Estem molt ben considerats. Per aquest motiu, hi ha cada vegada més empreses alemanyes que s'encarreguen de portar professionals sanitaris de l'estat espanyol per treballar a Alemanya.

LAURA LUENGO Sí, és cert. La infermeria espanyola està molt ben vista i valorada a l'estranger, aquest és el motiu pel qual estem tan valorats.

ANGLATERRA

RAQUEL BIELSA Sí, sí que ho és! Estem molt ben valorades. Diuen que tenim molta més formació clínica i que sabem fer més tècniques que les infermeres d'aquí.

ÀNGELS PRADES / NÚRIA PLANELLA / MARTA VARELA Sí, això és totalment cert. Això és perquè nosaltres quan acabem la nostra carrera estem preparats per estar en qualsevol unitat on tinguem oportunitat de treballar. Aquí això no passa. Si tu vols treballar, per exemple, a la unitat de cardiologia d'un hospital, necessitaràs fer abans i durant la teva vida laboral els "trainings" pertinents.

FRANÇA

OLGA ECHEVARRÍA És veritat. Tenim la fama d'estar ben formats i jo crec que acabem els estudis bastant preparats per afrontar la vida laboral. Malgrat tot, és el treball diari el que et fa aprendre i créixer com a infermera.

GIBRALTAR

GUILLEM PONS Sí. Pel que fa a la formació teòrica, la infermeria anglesa és realment bàsica perquè està pensada per ser complementada amb unes molt bones especialitats o cursos. El problema està quan algú decideix ser només infermer/a i prou. Llavors és quan et trobes, per exemple, amb companys/es que tot i haver treballat en una UCI a Londres no saben posar una via. A nosaltres se'ns educa en la formació teòrica, per descomptat, però comparant les dues, la nostra formació és molt més pràctica. Aquesta és la part que els falta, infermers i infermeres amb habilitats tècniques que complementin la part teòrica del seu personal d'infermeria. I no vull que penseu que estic fent una crítica. Si alguna vegada treballev amb algun infermer britànic amb especialitat, us poden arribar a caure les llàgrimes.

PORTUGAL

GEMMA CHARLEZ Sí, és cert. I crec que això és a causa de la nostra manera de ser. Els infermers espanyols sempre hem lluitat perquè se'ns reconegui certes autonomies en la nostra feina i som poc conformistes. Això és una cosa que ens fa ser diferents.



A nivell formatiu, hi ha més facilitats per treballar i continuar formant-se?

ALEMÀNIA

DAVID AGUILAR Sí. Constantment hi ha molts cursos als què pots inscriure't. Cal dir també, que aquí la llei obliga a dedicar un període de les vacances a fer un curs específic de la teva carrera professional.

ANGLATERRA

RAQUEL BIELSA Sí. Jo ara que he començat a treballar pel NHS (National Health Service) directament estic en un període de 3 anys de formació contínua i encara que el meu servei és urgències, he de rotar a altres serveis com la UCI i la unitat coronària.

ÀNGELS PRADES / NÚRIA PLANELLA / MARTA VARELA Sí. Nosaltres coneixem infermeres que estan treballant en una residència o hospital de Londres i el mateix hospital els paga, per exemple, la carrera universitària de llevadora per poder continuar la seva formació en la zona en que es troben.

FRANÇA

OLGA ECHEVARRÍA Tinc entès que sobretot en hospitals públics et donen o et donaven bastantes facilitats per formar-te (em sembla que ara ha canviat una mica i no sé exactament com va). Sí sé que abans et donaven molts dies festius i et finançaven gairebé la totalitat del preu de la formació).

GIBRALTAR

GUILLEM PONS Sí, la formació contínua està a l'ordre del dia i et paguen les hores lectives com a hores laborals. És obligatori també presentar al Consell d'Infermeria i Llevadores (NMC-Nurse and Midwifery Council), un mínim de 100 hores anuals en formació. Sinó ho fas, no et renovent el número de col·legiat i no pots treballar.

PORTUGAL

GEMMA CHARLEZ Sí. En el meu cas, mentre jo vaig estar cursant el 4t any d'infermeria a la Universitat d'Oporto (el que avui dia equival al Grau), l'hospital sempre hem va donar facilitats d'horari per poder anar a les classes i tenir els pertinents dies festius per fer els exàmens. He de dir, també, que l'hospital sempre feia cursos de reciclatge pels infermers. Per exemple, cada any feiem el curs d'RCP.

Quins són els entrebancs amb què t'has trobat a l'hora d'exercir? L'idioma ha estat un problema?

ALEMÀNIA

DAVID AGUILAR Cap ni un. L'idioma és complicat però, fent cada dia 8 hores d'alemany en una escola durant 6 mesos, al final te'n surts. Al principi és una mica dur. Només els primers dies però, després t'adaptes amb rapidesa.

LAURA LUENGO L'idioma sí ha estat un problema perquè no sabia res d'alemany i vaig començar de 0. Després de 6 mesos estudiant-lo puc dir que sí que és complicat però no impossible. Aquí a Alemanya has de tenir un nivell d'alemany B2 per poder exercir qualsevol tipus de feina.

ANGLATERRA

RAQUEL BIELSA Al principi el fet de que tot sigui nou...però poc a poc vas aprenent. Abans de venir m'havia estat preparant una acadèmia d'anglès però clar, quan arribes a treballar a l'hospital és diferent! Aquí s'utilitzen abreviatures per tot: COPD, NBM, IDDM, ABG, LFT, U&E... i de vegades costa desxifrar-les!

ÀNGELS PRADES / NÚRIA PLANELLA / MARTA VARELA Bàsicament ha estat l'idioma. Quan arribes aquí et penses que domines més o menys l'anglès, però no és així. Treballar i comunicar-te amb els pacients en anglès és molt difícil però, quan notes que vas entenent les coses i que cada vegada et pots comunicar i sentir-te part de l'equip, és impressionant! Segons la nostra experiència, la gent aquí t'ajuda molt en aquest aspecte.



FRANÇA

OLGA ECHEVARRÍA No recordo haver tingut cap entrebanc. Portava tots els papers preparats des d'Espanya. El primer mes i mig però, no va ser fàcil. Va ser com un període d'adaptació. L'idioma va ser la barrera més important que vaig trobar, tot i que al cap d'un mes i mig ho havia superat.

GIBRALTAR

GUILLEM PONS Els entrebancs han estat situacionals i causats per no haver entès alguna cosa. Acabat d'arribar, una pacient em va dir que volia fer "number two", i jo li vaig dir que d'acord, que fes, i vaig marxar a fer una altra cosa... "number two" significa tenir ganes d'anar de ventre! Pel que fa a l'idioma, a Gibraltar una gran part de la població parla o entén el castellà. Jo intento parlar sempre en anglès, però tens la tranquil·litat de que si no saps dir una paraula concreta, la pots dir en castellà i molt probablement t'entendran.

PORTUGAL

GEMMA CHARLEZ El primer que hem van demanar per poder treballar va ser tenir el títol d'infermeria espanyol equiparat al títol portuguès (ho vaig tramitar a través del Govern Civil espanyol i la Universitat de Lleida demanant un expedient acadèmic). Pel que fa a l'idioma, per mi no va ser un problema ja que no és molt diferent al nostre i hi ha moltes paraules que compartim. El vaig aprendre tot treballant i relacionant-me amb la gent d'allà.



Et plantejges la teva estada a l'estranger per un temps limitat o preveus una estada de llarga durada?

ALEMÀNIA

DAVID AGUILAR Penso que, tal i com estan les coses, la meva estada a l'estranger serà molt llarga. A més, hi ha moltíssima feina per a infermers en qualsevol lloc (empreses privades, públiques, hospitals, consultes...). M'hi trobo molt a gust i crec que, amb el temps, si mai decideixo tornar (no descarto quedar-me aquí per sempre), se'm farà una mica dur.

LAURA LUENGO La meva estada a l'estranger la plantejo de llarga durada. Aquí hi ha feina, el sou et dóna per viure i per poder estalviar i estic molt contenta. Tot i que trobo molt a faltar la meva família i els meus amics, de moment no em plantejo tornar a Lleida. Quan passi un temps i la situació a Espanya s'arregli, imagino que tornaré a Lleida.

ANGLATERRA

RAQUEL BIELSA De moment no ho sé. M'agradaria tornar un dia a viure a Saragossa però, tal i com està tot ara, no crec que sigui el moment adequat.

ÀNGELS PRADES / NÚRIA PLANELLA / MARTA VARELA Sempre tenim al nostre cap Espanya, així que esperarem fins que millorin una mica les coses. Quan tinguem una oferta a Espanya amb una mica de futur, pensarem en tornar. Això però, ho veiem difícil ara per ara.

FRANÇA

OLGA ECHEVARRÍA Espero que sigui de llarga durada. És la segona vegada que emigro i, tal i com estan les coses ara per ara no tornaria, tot i que reconec que part de mi s'ha quedat a Catalunya.

GIBRALTAR

GUILLEM PONS En principi penso estar un temps fora de Catalunya, però no en un lloc fix. Considero que si es té l'oportunitat és bo de veure llocs i aprendre coses noves, però això només és una opinió personal.

PORTUGAL

GEMMA CHARLEZ Avui en dia no hi ha res segur, per tant, jo no em tanco cap porta i, si s'arribés a donar la situació de marxar amb la meva família per motius laborals, no ho dubtaria ja que la meva experiència va ser molt enriquidora, tant a nivell professional com personal.



Infermeres emprenedores

LA INÉS VILÀ I LA SARA SOLANS són dues dones que comparteixen, a més de la professió d'infermera, un esperit emprenedor. En una època de greu crisi econòmica i social com l'actual, totes dues han tingut la valentia d'endegar un projecte professional, desafiant el context actual i enfrontant-se a la realitat del nostre país on l'excessiva burocràcia, la dificultat d'accés al crèdit o la por al fracàs fan que, entre altres factors, les persones emprenedores s'ho pensin molt abans d'obrir una empresa o negoci.

Risc, incertesa, soledat, ambició sana i equilibrada o fracàs són alguns dels reptes als què s'enfronten diàriament aquestes dues infermeres lleidatanes. Una lluita que encaren amb valentia, esforç, voluntat de superació, il·lusió, capacitat d'adaptació i, sobretot, moltes hores de feina.

INÉS VILÀ, INFERMERA AUTÒNOMA A PREVEGESA

Diplomada en Infermeria per l'Escola Universitària d'Infermeria d'Andorra, la Inés Vilà ha treballat d'infermera al bloc quirúrgic de l'Hospital Nostra Senyora de Meritxell d'Andorra i al servei d'urgències, prehospitalari (SEM) i també al bloc quirúrgic de la Fundació Sant Hospital de la Seu d'Urgell (Alt Urgell). A més, ha participat en projectes de cooperació internacional al Camerún i Bolívia. Actualment compagina la docència a l'Escola Universitària d'Infermeria d'Andorra amb una nova faceta professional: la d'infermera emprenedora.

Fa només tres mesos que ha arribat al sector privat de la mà de l'empresa Prevegesa, Salud Laboral S.L., una empresa de serveis sanitaris de Barcelona que volia formar un equip d'infermers per donar servei en una obra de construcció d'una gran infraestructura. La Inés Vilà, que havia treballat sempre com a infermera en hospitals públics, no s'ho va pensar



text Sara Bobet
foto Anxiu
INÉS VILÀ

dues vegades. Ara és infermera i coordinadora dels serveis assistencials de l'obra de la Central Hidroelèctrica de Moralets situada a pocs quilòmetres del poble d'Aneto dins del terme municipal de Montanuy (Osca). Fer el pas d'esdevenir treballadora autònoma per compte alié va ser una decisió sustentada sota la ferma creença que aquest és el futur de l'infermeria, és a dir, segons Vilà "cada dia més, les empreses voldran contractar infermers i infermeres autònomes per prestar els seus serveis de salut, consultoria i desenvolupament de projectes pel creixement personal i professional".

La seva situació laboral té però, un doble vessant. Per una banda treballa dins del sector públic, ja que des del 2008 és professora col·laboradora de l'Escola d'Infermeria de la Universitat d'Andorra on imparteix Documentació i TIC, Metodologia de Recerca, Bloc Quirúrgic, Atenció d'Infermeria en la Multiculturalitat i Pràctic. Per altra, inicia ara aquesta aventura en el sector privat amb molta il·lusió perquè el projecte d'obra pel què treballa té una durada

prevista de sis o set anys. Els principals avantatges de fer-se autònoma són, segons Vilà, la lliure disposició dels dies treballats, el fet de treballar per un mateix i tots els avantatges que pot tenir com autònoma. Pel que fa als inconvenients, només en troba un: sinó treballa, no té ingressos.

Infermera i coordinadora a la C.H. de Moralets

El seu treball com a autònoma se centra en exercir d'infermera i coordinadora dels serveis assistencials de les obres que s'estan executant a la Central Hidroelèctrica de Moralets. Com a coordinadora fa les funcions de gestió de personal i de recursos i té la intenció de posar en pràctica projectes propis d'infermeria. Val a dir que el servei assistencial en aquesta obra s'ha creat des de zero i, per tant, s'ha promogut des de l'organització del servei, el disseny del botiquí, la planificació de tasques, els protocols d'actuació o els contactes amb els hospitals, entre altres. Com a infermera, les seves fun-

cions se centren en assistir els treballadors de l'obra per la qual cosa disposa d'un botiquí i una ambulància per realitzar la primera atenció "in situ". A més, l'equip ha d'estar preparat per fer cursos de formació sanitària als treballadors (de primers auxilis o immobilitzacions, per exemple) i cal saber fer, en cas de necessitat, trasllats a l'hospital.

Per aquesta jove emprenedora aquest és, però, només un primer pas. El seu objectiu, no gaire llunyà, és ampliar la seva petita empresa i donar la possibilitat a altres empreses de que la contractin de forma autònoma. A més, té previst ampliar la seva cartera de serveis a l'Alt Pirineu i també fora d'aquesta zona. En aquest sentit, Vilà anima els infermers i infermeres que tinguin idees i un esperit emprenedor a que s'atreveixin a tirar endavant els seus projectes, tot i el difícil moment que estem vivint. Ella ho ha fet. Ha superat dificultats i entrebancs, com el fet de no conèixer la legislació autònoma infermera i s'ha format en temes fiscals, financers i gestors per crear la seva pròpia empresa. En aquest sentit, confessa Vilà, "haver cursat el Màster Oficial en Ciències d'Infermeria m'ha ajudat força, ja que va ser llavors quan vaig adquirir coneixements de gestió i economia. He de dir, però, que a les infermeres no ens preparen per crear la nostra empresa. Potser és perquè fins ara aquesta manera de treballar no estava prou estesa en la nostra professió". Els temps canvien i cal saber adaptar-se. La Inés Vilà n'és un clar exemple.

SARA SOLANS, FUNDADORA I DIRECTORA DE TERÀPIES NATURALS LLEIDA

Era l'any 2008 i els efectes de la greu crisi global que encara ara estem patint començaven a fer-se notar en el nostre país. Aquell moment d'incertesa va ser l'escollit per la Sara Solans per iniciar un projecte professional amb molta implicació personal: crear un espai de salut especialitzat en la pràctica del ioga i la medicina naturista. "Mentre buscava un espai per ubicar el centre", comenta, "vaig poder comprovar la gran quantitat de locals que es llogaven i establiments que tancaven". Un fet però, que no va ni aturar el seu projecte, ni minimitzar la seva il·lusió. Ara, quatre anys més tard i després d'anar superant, un per un, els entrebancs i dificultats, Teràpies Naturals Lleida és una realitat consolidada i continua creixent sota la direcció d'aquesta infermera lleidatana acostumada a nedar contra corrent. Diplomada en infermeria, màster en ciències sanitàries, postgrau de medicina natural en atenció primària, professora de ioga, esposa, mare de dues nenes i a més, emprenedora. Sara Solans combina a la perfecció la seva faceta d'empresària amb la de docent, ja que a la feina que fa al centre del carrer Alcalde Sol de Lleida se suma l'activitat d'impartir cursos, com el de teràpies naturals aplicades a l'infermeria o el de tècniques de relaxació per la tasca infermera, entre altres. A més, és la coordinadora del curs d'Especialista





Universitari en Teràpies Naturals que la Universitat de Lleida, a través de l'Institut de Ciències de l'Educació-Centre de Formació Contínua, va endegar el passat mes de novembre i que, precisament, s'imparteix al centre.

OBRINT CAMÍ I TRENCANT ESTEREOTIPS

Des de ben jove, la Sara Solans ha estat una pionera. Fa 35 anys que va començar a practicar ioga i a interessar-se per les teràpies naturals. Era una època, a finals dels anys 70 i principis dels 80, en què aquest tipus de medicina era vista com una "cosa estranya i, fins i tot, sospitosa", recorda. Tot el contrari d'avui dia en què s'ha normalitzat i, diu Solans, "s'ha posat de moda". L'entrada en aquest món va ser però, gradual. La seva carrera professional va començar amb l'exercici de l'infermeria a la sanitat pública on va treballar durant divuit anys. Primer, ho va fer als serveis d'intensius cardiològics, maternitat i cirurgia de l'Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau de Barcelona durant quatre anys. En aquell temps va començar

a practicar ioga, introduint-se de ple en un món que la va fascinar fins al punt de demanar una excedència per fer una formació més àmplia en aquesta disciplina. Llavors, i gràcies a una companya metgessa que coneixia la medicina natural, va marxar a Londres a fer un curs de reflexoteràpia podal. La seva formació en les teràpies naturals va continuar en un hospital de l'Índia on va entrar en contacte amb la ioga-teràpia. En tornar a Lleida, va seguir treballant al sector públic com a infermera d'atenció primària i d'urgències ambulatories mentre tenia la consulta d'infermeria naturista en un centre mèdic. Les experiències viscudes van canviar la seva percepció de la persona i la salut. Una metamorfosi que la va dur a fer un postgrau de medicina natural aplicat a l'atenció primària a la Universitat de Barcelona amb el què va sentir que treballava molt a gust des d'aquesta perspectiva. La idea de crear un espai per oferir un servei professional amb teràpies naturals i classes de ioga havia quallat fortament dins seu. El projecte, convertit en una realitat a dia d'avui, es va centrar en proposar mitjans per conservar

la salut. Uns mètodes que, de vegades, poden ser també curatius. El centre ofereix un servei professional als pacients fent-los partícips en tot moment de què poden esperar de cada tècnica, informant-los de les indicacions i els límits sota la màxima de "no tot va bé per tot ni per a tothom". I, per aconseguir aquest objectiu, tot un equip de professionals que comparteixen les ganes de treballar per la salut des d'aquesta perspectiva treballen per donar resposta a les necessitats dels pacients. El ventall d'eines terapèutiques que ofereix Teràpies Naturals Lleida abarca des de classes de ioga per adults, infants i embarassades, a la consulta de fisioteràpia (principalment osteopatia, reeducació postural global, massatge terapèutic, quiromassatges i drenatge limfàtic). Hi ha també una consulta d'infermeria naturista (ofereix reflexoteràpia podal, teràpia metamòrfica, dietètica naturista i kinesiologia), una consulta de medicina natural i, finalment, una consulta amb teràpia familiar sistèmica i Flors de Bach.

APRENDRE A SER EMPRESÀRIA

Teràpies Naturals Lleida va obrir fa quatre anys. En aquest temps la Sara Solans s'ha format com a empresària ja que al principi, confessa, "em costava sortir de la mirada tècnica i gestionar la sensació d'incertesa". A aquesta dificultat cal afegir, diu Solans, "la burocràcia; el tema dels papers que és complica fins a l'infinit, la comptabilitat, el llenguatge administratiu i legal." Tot això, comenta, "m'ha ensenyat a aprendre a vincular-me sense por amb altres professionals". En aquest sentit, la seva formació infermera ha estat fonamental, ja que li ha donat unes eines que l'han ajudat a saber gestionar el seu negoci. Així, per exemple, l'experiència

adquirida en els anys de treball als hospitals en el camp de la negociació o la contenció i la versatilitat adquirida han estat una bona base per desenvolupar l'autonomia personal, una qualitat fonamental alhora d'exercir un treball complex com és el de gestionar un centre de salut. En aquest sentit, Solans considera que "és molt important que t'agradi dedicar el teu temps al servei de les persones però, és encara més rellevant que t'agradi estar amb les persones, que t'interessi qui tens davant. Cal sentir que tens molt a aportar i rebre en la interacció amb el pacient". A més, i segons la seva experiència, és molt important formar-se en temes comptables i, sobre tot, confiar en un mateix. Per aquest motiu, aquesta infermera experta en teràpies naturals convertida en empresària convida els infermers i infermeres que vulguin tenir negoci propi a atrevir-se a donar el primer pas. "Si algú té un projecte", diu, "cal que s'escolti i es deixi portar per la intuïció. La base no són els estudis de mercat, ni els diners o tenir el control total. Cal saber moure's en la incertesa, tenir ganes d'influir en el moment social en què vius, saber arriscar, establir vincles de confiança, tenir clar quin és l'esperit de l'empresa que vols crear i estar disposat a aprendre constantment".

Un altre factor important, segons Solans, és la sort i poder comptar amb el suport familiar. Per ella, generar confiança en el projecte que es vol endegar és fonamental. Aquesta infermera lleidatana ho ha aconseguit i el seu esforç ha estat reconegut amb la concessió del premi Funde 2012 per la consolidació d'un projecte de microcrèdit. El millor reconeixement però, és aquell que pugui venir dels pacients que trobin una resposta a les seves demandes o una solució als seus problemes de salut a través de l'equip de Teràpies Naturals Lleida.[]





foto Rafa Gimena
MISSATGES

Llevadores

per ANNABEL FERNÁNDEZ CUESTA, JAVIER MANRIQUE TEJEDOR
I PATRICIA ECHEVARRÍA AMADO-LORIGA, membres de la comissió de Llevadores del COILL

LA LLEVADORA ÉS UN PROFESSIONAL reconegut internacionalment en tots els sistemes sanitaris com una figura essencial que incideix en un àmbit social com el de la maternitat i l'atenció integral durant el cicle vital de la dona en totes les seves fases: salut reproductiva, clímatric i sexualitat.

La seva formació s'ha d'adequar a l'evolució dels coneixements científics i tecnològics i al seu àmbit d'actuació en els diferents sistemes sanitaris. La importància de la promoció de la salut i prevenció de la malaltia ha implicat una ampliació de l'àmbit d'actuació més enllà de les seves activitats tradicionals en l'atenció a la gestació, part i postpart. La solidesa d'aquesta professió es posa de manifest en el seu reconeixement, tant per l'Organització Mundial de la Salut com per la Unió Europea, on es regula la professió amb un perfil competencial específic i amb una formació harmonitzada en tots els estats membres.

Al programa de formació de l'especialitat d'infermeria obstètric-ginecològica (llevadora), regulada per l'Ordre SAS/1349/2009 del 6 de maig, s'especifica que "la llevadora és el professional sanitari que, amb una actitud científica responsable i utilitzant els medis clínics i tecnològics adequats al desenvolupament de la ciència a cada moment, proporciona una atenció integral a la salut sexual, reproductiva i maternal de la dona en els seus vessants preventius, de promoció i d'atenció i recuperació de la salut incloent-hi l'atenció a la mare, el diagnòstic, el control i l'assistència a l'embaràs, part i puerperi normals i l'atenció al nadó sa fins el 28è dia de vida".

L'àmbit d'actuació de la llevadora és tant a l'Atenció Primària (centres de salut, comunitat, família i domicili) com a l'Atenció Especialitzada (hospital i dispositius dependents del mateix). Poden exercir la seva professió al sector públic, al privat, per compte propi o d'altri.

El terme "llevadora" inclou a totes les persones, dones i homes que estan en possessió d'algun dels títols o diplomes de llevadora que habiliten al nostre país per l'exercici de la professió.

COMPETÈNCIES DE LA LLEVADORA

El perfil competencial s'ha ajustat a les directrius derivades de la Confederació Internacional de Llevadores, a les directrius de la Unió Europea que consten a l'article 55 del Real Decret 1837/2008 del 8 de novembre, que es refereix a les activitats professionals que, com a mínim, han de ser realitzades per les llevadores, així com les necessitats del Sistema Nacional de Salut, a l'evolució dels coneixements científics i a les demandes de la societat actual que reclamen un professional molt més implicat en els vessants productius i de promoció de la salut de la dona.

El perfil competencial determina que la llevadora ha de ser competent i estar capacitada per a:

- Participar, liderar i dinamitzar programes de salut materno-infantil, atenció a la dona, salut sexual, reproductiva i climateri, promovent els processos fisiològics de cada etapa i evitant les intervencions innecessàries en absència de complicacions.
- Atendre a la mare en el diagnòstic, control i assistència durant l'embaràs, part i puerperi utilitzant els medis clínics i tecnològics adequats. Diagnosticar i dur a terme el control i seguiment de l'embaràs normal; assistir a la dona en el procés del part normal en presentació de vèrtex i, en cas d'urgència, el part en presentació de natges incloent la pràctica d'episiotomia si fos necessària; reconèixer i prestar cures al nadó i en cas de necessitat realitzar reanimació immediata.
- Prestar atenció al noutat dirigida a afavorir els processos d'adaptació i detectar precoçment les situacions de risc durant el primer mes de vida.
- Reconèixer en la mare i el noutat anomalies que requereixin la intervenció del metge i assistir-les si fos precís.

- Realitzar una adequada educació per a la salut a la dona, família i comunitat mitjançant programes d'educació en l'embaràs, naixement, postpart, salut sexual i reproductiva i climateri.

- Realitzar consell afectiu sexual i consell reproductiu a la dona, joves i família.

- Promoure una vivència positiva i una actitud responsable de la sexualitat en la població i assessorar en matèria d'anticoncepció i prevenció de comportaments de risc per evitar i/o disminuir els embarassos no desitjats i infeccions de transmissió sexual (ITS).

- Col·laborar en la realització d'activitats de promoció, prevenció, assistència i recuperació de la salut sexual i reproductiva de la dona.

- Detectar en la dona factors de risc i problemes ginecològics: dur a terme activitats de detecció precoç de càncer de coll uterí, col·laborar en la detecció del càncer de mama i ginecològics, atenció a la dona amb problemes ginecològics i de transmissió sexual i atenció a la dona al climateri.

- Aplicar els principis del raonament clínic, detecció de problemes, presa de decisions, pla d'actuació i cures i avaluació adequada a les diferents situacions clíniques en l'àmbit d'actuació de la llevadora.

- Establir una comunicació efectiva amb la dona, família i grups socials (associacions de dones, de pacients, mitjans de comunicació i altres).

- Comunicar-se de forma efectiva amb l'equip de salut, especialment amb els que comparteix àmbit d'actuació: treballar en equip en l'atenció materno-infantil i salut sexual i reproductiva.

- Exercir l'especialitat de llevadora de forma ètica en base a la legislació vigent i assumir la responsabilitat derivada de les seves actuacions.

- Assessorar sobre la legislació vigent adreçada a protegir els drets de la dona i la seva família (en relació a salut sexual i reproductiva, drets laborals relacionats amb la maternitat).



- Gestionar les activitats i recursos existents en l'àmbit de l'atenció de salut materno-infantil, l'atenció de salut sexual, reproductiva i climateri (organització dels serveis i programes de salut materno-infantil, tant en atenció comunitària com en atenció especialitzada; participar en el diagnòstic de la salut comunitària).

- Emetre els informes necessaris i registrar de forma efectiva les activitats realitzades.

- Desenvolupar activitats docents dirigides a les pròpies llevadores i altres professionals de la salut, així com activitats d'investigació encaminades a la millora de l'activitat professional, i per tant, del nivell de salut de la dona, del nou-nat i de la família (fonamentar la seva pràctica clínica en els resultats obtinguts de la investigació científica, generar i difondre el coneixement científic).

- Realitzar una pràctica clínica basada en l'evidència científica disponible i mantenir actualitzades les competències professionals.

Segons l'Estatut Marc del personal sanitari no facultatiu s'estableix que és competència de la llevadora exercir les funcions d'ajuda al metge i assistir als parts i puerperis normals, efectuant l'educació sanitària pertinent a la mare, ja sigui dins les institucions o al domicili, incloent-hi la preparació al part.

CONCLUSIONS

Són competència de la llevadora els programes d'atenció a la dona de salut sexual i reproductiva i de salut materno-infantil, en totes les etapes de la vida. A través d'aquests programes la llevadora ha d'afavorir la normalitat en el procés fisiològic en l'atenció a l'embaràs, part i puerperi, a més de desenvolupar activitats de promoció i prevenció de la seva salut sexual i reproductiva.

Amb tot el que s'ha exposat, està justificat el nivell competencial de la llevadora i, segons la Federació de Asociaciones de Matronas de España (FAME), ha de ser reconegut per les administracions, tant a nivell nacional com autonòmic en tots els seus aspectes.[]



foto Aida Felis
MISSATGES

EL CENTRE D'ATENCIÓ PRIMÀRIA EIXAMPLE DE LLEIDA, situat al número 4 del carrer Balmes, és un centre acostumat a obrir camí. El seu esperit capdavanter ve marcat des de l'inici de la seva activitat l'any 1991 quan, juntament amb el CAP Balàfia (l'altre centre pioner de la ciutat), va començar a funcionar segons establí la reforma de l'Atenció Primària marcada pel Real Decreto 137/1984, d'11 de gener, sobre Estructuras Básicas de Salud. Per altra banda i en aquesta mateixa línia d'obrir pas, l'ABS Eixample va ser el primer a Lleida en implantar el projecte d'Autonomia de Gestió de l'Atenció Primària des del 2008.

Així doncs, ara fa vint-i-un anys, l'històric edifici de la Creu Roja va acollir la primera plantilla d'infermeria formada per personal interí i eventual, assignant-se les places al personal fix mitjançant concurs de trasllat un any més tard, al 1992. Actualment, l'equip d'infermeria del CAP Eixample el formen 19 professionals (14 infermeres d'adults, 4 de pediatria i una auxiliar de clínica) que vetllent, juntament amb la resta del personal del centre, per oferir serveis sanitaris a la població de la seva àrea geogràfica amb la màxima qualitat i professionalitat i a un cost assumible per aconseguir plena satisfacció dels usuaris i dels professionals, afavorint la formació, la docència, la recerca i la innovació dels seus membres. Els responsables immediats d'aquest equip són el Dr. José Manuel García

González (director) i la infermera Montserrat Farran Jové (adjunta a la direcció).

ESTRUCTURA I FUNCIONAMENT

El Centre d'Atenció Primària Eixample s'estructura en cinc plantes. Al soterrani es troben el magatzem de materials, els vestidors i dues sales de reunions. La planta baixa acull la recepció on treballa el personal de gestió i serveis (GIS), els despatxos de direcció, una sala d'extraccions de mostres analítiques i una sala d'urgències. A la primera planta hi ha el servei de pediatria, dentista, llevadora i treballador/a social. A més, en aquest nivell s'ubica el Centre de Vacunes Internacionals i la Unitat de Cribatge Ocular (CROC) el personal de la qual no pertany directament al CAP Eixample. Finalment, la segona i tercera planta acullen les consultes de medicina i infermeria d'adults.

L'horari d'obertura del CAP Eixample és de 8 a 20h. Dotze hores d'assistència ininterrompuda en què es dona una cobertura total a les demandes dels usuaris. Una atenció clínica que pot ser en horari concertat, mitjançant el servei de cita prèvia, o bé de manera espontània. Precisament, les visites espontànies o l'atenció a la demanda urgent la realitza el personal d'infermeria. Així doncs, és sempre la infermera qui fa el primer contacte, valora el motiu de la consulta i resol o deriva, si s'escau, al facultatiu.

tiu. Sempre es treballa amb la història clínica informatitzada "Programa E-CAP" (Estació Clínica de l'Atenció Primària). Cada infermera del centre té assignat un contingent d'usuaris que oscil·la entre 1500 i 1600 persones.

ELS USUARIS

La població de referència que atén l'Àrea Bàsica de Salut de l'Eixample abarca, actualment, 25.193 usuaris. D'aquests, 3.834 estan en edat pediàtrica (menys de 15 anys) i 21.359 en edat adulta (més de 15 anys).

L'ABS Eixample comprèn l'àmbit territorial del municipi de Lleida delimitat pels següents carrers: Plaça Europa per Passeig de Ronda (parells) fins el núm. 88 confluència amb l'Avinguda Dr. Fleming; Cristòfol de Boleda, parells i senars, fins la confluència amb l'avinguda Onze de Setembre (inclou els carrers Pintor Móra i Gálcia i Alcalde Pujol); Avinguda Onze de Setembre núm. 65 senars, fins al número 83 confluència amb el carrer Joc de la Bola; pel Joc de la Bola núm. 32 parells, fins al carrer Ferran el Catòlic; carrer Ferran el Catòlic fins la confluència amb el carrer Henry Dunant (parells); carrer Henry Dunant (parells) fins al carrer Bisbe Irurita (parells); carrer Bisbe Irurita (parells) fins a la Plaça de les Missions; carrer Ciutat de Fraga i Joan Baget (tot) fins a la plaça Cervantes; Avinguda Balmes fins a la Plaça Ricard Viñes; Avinguda Enric Prat de la Riba, fins el 51 senars i 54 parells; carrer Pallars fins, 35-37 confluència amb el carrer Alcalde Porqueres; carrer Alfred Perenya (tot) fins a l'Hotel Segrià i tot el carrer Segon Passeig de Ronda. Finalment, l'Àrea Bàsica de Salut Eixample comprèn també les partides de Vallcalent, Empresseguera, Torres de Sanui i Sant Just.[]



EQUIP D'INFERMERIA DEL CAP EIXAMPLE

(Novembre de 2012)

Lolita Antonijuan Moya

Formació continuada d'infermeria.

Referent de MAPA

Cecilia Banyeres Argilés

Referent de formació pre-grau d'infermeria.

Fina Bosch Papiol

Referent de vacunes adults.

Ester Clotet

Referent del programa PAFES.

Referent del programa "Beveu menys".

Núria Clotet Sopena

Referent d'infermeria de la gestió de la demanda.

Teresa Dolcet Badia

Referent del programa Salut i Escola.

Referent de vacunes de pediatria.

Membre de la comissió de salut comunitària.

Roser Granollers Sardà

Referent de l'e-cap.

Referent d'infermeria de les guies de pràctica clínica a l'e-cap.

Blanca Ortega Jiménez

Referent del mòdul d'extraccions.

Referent de cures a les persones amb Ostomia.

Referent de MAPA.

Mireia Ortiz Valls

Referent del programa POCS.

Membre de la comissió de salut comunitària.

Núria Bergua Salazar

Referent del protocol de risc d'accident biològic.

Susanna Pérez Osuna

Referent del control i ordenació de les extraccions a domicili.

Referent de vacunes de pediatria.

Toni Ponsoda Argilés

Referent del TAO a l'ABS.

Referent de tabaquisme.

Marta Puyol Capdevila

Referent d'espirometries.

Membre de la comissió de salut comunitària.

Blanca Roca Bitria

Referent d'Infermeria d'Endocrinologia.

Referent de Cures d'Infermeria i peu diabètic.

Coordinadora docent d'estudiants d'infermeria.

Laura Seoane Barbosa

Referent de gestió de casos.

Referent del programa Nereu.

Marta Portillo Rodríguez

Referent programa salut i escola.

Referent de recepta electrònica.

Mercè Font

Membre de la comissió de comunitària.

Referent de tires reactives.

Montse Farran Jové

Adjunta d'infermeria.[]



PROGRAMES

Programa del nen sa. Les quatre UBAs d'infermeres de pediatria desenvolupen aquest programa durant la infància i l'adolescència. És duu a terme tant a la consulta (durant les visites concertades pel seguiment), com en consultes grupals com, per exemple, el primer contacte amb les mares embarassades per tenir cura del nadó en col·laboració amb la llevadora del centre, etc.

Programa de salut i escola. Dues infermeres de l'ABS Eixample fan intervenció a les escoles amb joves de secundària, 3r i 4t d'ESO, principalment.

Programa Nereu. En col·laboració amb personal d'INEF. El programa promou hàbits d'alimentació saludables i exercici físic a nens amb problemes de sobrepès o sedentarisme. Es fan sessions informatives a nens i pares i es programa exercici físic supervisat dos cops per setmana als nens.

Atenció al malalt crònic. Se centra en la detecció, seguiment i control de pacients amb patologies cròniques (Obesitat, DM, MPOC, HTA,...). Totes les infermeres del centre intervenen en aquest programa.

Programa ATDOM (Atenció domiciliària a malalts crònics). És un programa en què intervenen totes les infermeres de medicina general.

Programa d'atenció a la comunitat. Es vertebra amb la treballadora social del centre, dues infermeres i un personal de GIS. Manté la relació amb la nostra comunitat, amb les diferents entitats socials i cíviques del nostre entorn, per tal de poder detectar necessitats de salut i poder planificar activitats adreçades als grups de població que ho requereixin.

Programa de deshabitució de tabaquisme. Hi ha una infermera que fa la consulta per ajudar a deixar de fumar a tots els usuaris que ho sol·liciten.

Pacient-Expert. El programa se centra en agafar un grup d'usuaris que pateix un mateix problema de salut. Una infermera del centre assumeix l'organització del grup del què n'escollirà un pacient a qui donarà una formació. Un cop format, el pacient farà sessions de grup amb persones que tenen la mateixa patologia que ell, sempre sota la supervisió de la infermera. L'objectiu és compartir experiències, dubtes i informacions sobre la seva malaltia.

SERVEIS ADDICIONALS

Anàlisis clíniques.

TAO (Teràpia d'Anticoagulació Oral).

Monitoratge ambulatori de la pressió arterial (MAPA).

Espirometries.

Electrocardiogrames.

ITB (Índex Turmell Braç).[]



Guarir...

entre reixes

text Sara Bobet
foto Aida Felis
MISSATGES

TOT I HAVER NASCUT A BARCELONA FA CINQUANTA-DOS ANYS, EN LLUÍS CAMÍ ASECIO en porta trenta-vuit vivint a Lleida. Gran aficionat a la gastronomia i, en especial, a la cuina lleidatana amb la què li agrada experimentar utilitzant productes de proximitat; en Lluís és una d'aquelles persones que tenen la fortuna de gaudir de la seva professió. Una professió a la què va arribar de manera casual, de forma progressiva i sense haver-s'ho plantejat, però que exerceix amb una devoció que transmet i encomana al seu voltant. Infermer al Centre Penitenciari Ponent des de fa vint-i-tres anys, en Lluís ens obre les portes de la presó lleidatana per convidar-nos a conèixer d'aprop l'exercici de l'infermeria en aquest espai singular, amb uns pacients especials a causa de la privació d'un dret fonamental com la llibertat i en unes condicions que marquen, de vegades, l'actuació del professional.

"A LA PRESÓ ELS MITJANS SÓN ADEQUATS PERÒ LIMITATS. NO OBTANT, JA SIGUI AMB RECURSOS PROPIS O MITJANÇANT CONCERTS AMB ALTRES INSTITUCIONS, CONSIDERO QUE LES PERSONES PRESES TENEN EN EL NOSTRE CENTRE UNA COBERTURA HUMANA I MATERIAL QUE PODRIA QUALIFICAR MÉS BONA QUE SUFICIENT", EXPLICA CAMÍ.

entrevista

En Lluís és infermer al Centre Penitenciari Ponent des de fa vint-i-tres anys

Com vas arribar al món de l'infermeria?

La meua primera feina al món de la salut va ser quan tenia divuit anys i vaig entrar a treballar com a recepcionista-telefonista a l'Hospital de Santa Maria de Lleida. Durant aquest temps a l'hospital em vaig impregnar del meravellós món de les ciències de la salut. I així, poc a poc, allò que va començar com un interès puntual, es va anar convertint en una passió que va acabar esdevenint la meua professió: la infermeria. Vaig cursar els meus estudis a l'Escola Universitària d'Infermeria de Lleida. De fet, sóc de la segona promoció. Sóc, a més, Màster en psiquiatria social per la Universitat de Barcelona (UB) des del 1996.

Quans anys fa que treballes al Centre Penitenciari Ponent? Vint-i-tres. Tot i que abans vaig exercir a l'Hospital de Santa Maria i a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova.

Què et va dur a la presó i com vas viure els primers temps? Inicialment vaig venir a treballar al centre penitenciari per motius laborals. Suposo que ningú pensa en treballar en

una presó mentre cursa estudis universitaris, encara que només sigui per desconeixement del medi. Aquells inicis van ser molt difícils. La terrible pandèmia de la SIDA era especialment cruel entre la població amb addicció a drogues via parenteral i, per aquest motiu, va tenir una enorme incidència entre la població reclusa. En absència dels tractaments actuals, la feina d'infermeria tenia molt protagonisme. Estem parlant de pacients molt depenents a causa del progressiu deteriorament físic i cognitiu al què arribaven abans de morir. Aquesta experiència humana al límit, a nivell professional i afectiu, va ser molt enriquidora per a mi. Dono les gràcies a tots els pacients i en guardo molt bons records, ja que la majoria d'ells ja no hi són. Ells em van donar l'oportunitat de conèixer una dimensió més humana de l'infermeria. Un vesant que fins aleshores no havia conegut.

A més de la qualificació professional, quines aptituds ha de tenir l'infermer/a de presons? L'especificitat del pacient i les particularitats del medi fan que, més enllà de la capacitat tècnica a nivell d'infermeria que s'ha





de pressuposar en tots els professionals titulats, siguin necessaris altres coneixements específics de tipus jurídic-administratiu. A més, cal tenir trets específics de personalitat com la capacitat de gestió de conflictes i d'emocions, una bona assertivitat, una gran resiliència, etc.

Com és el dia a dia assistencial d'un infermer/a en un centre penitenciari?

Cadascú treballa en una àrea concreta. Així doncs, la jornada pot transcórrer gestionant les comandes a la farmàcia que es troba fora de la presó, preparant la medicació en unidosis, passant consulta, aplicant els diferents tractaments, controlant les diferents malalties cròniques, preparant històries clíniques, realitzant proves complementàries, informatitzant dades, entre altres tasques. Pel que fa a l'horari laboral, cal dir que es treballa en torns de matí, tarda i nit. A l'horari de matí, hi ha una infermera de 8 a 14h i la resta treballa de 9 a 15h. El torn de tarda té una infermera de 16 a 22h, mentre que la resta fa de 15 a 21h. L'horari de nit és de 22 a 8h i és treballa una nit de cada 9 dies. Als festius intersetmanals i els caps de setmana és fan torns de 24h (si fas un torn de 24h, tens 2 dies de festa i quan treballes de nit (10h) tens el dia següent de descans).



Els recursos humans i materials amb què compteu, són suficients?

Al nostre centre, els recursos humans i materials dels què disposa la població reclusa són adequats però limitats. No obstant, ja sigui amb recursos propis o mitjançant concerts amb altres institucions, considero que les persones preses tenen en el nostre centre una cobertura humana i material que podria qualificar més bona que suficient.

En què varia l'exercici de la professió pel fet de treballar en una presó?

Tot i que sigui rutinari, el fet diferencial de treballar dintre d'un recinte penitenciari no pot ser desdenyat, ja que això comporta unes connotacions legals i regimentals específiques del nostre medi que no existeixen en altres àmbits de la salut.

Quins trets diferencials té la relació amb el pacient-intern?

En el nostre medi, la relació professional-pacient roman sotmesa al que legalment anomenem relació d'especial subjecció amb l'Administració; una relació que està





emmarcada en un marc jurídic específic que genera uns drets i uns deures per uns i altres que fan que aquesta relació sigui molt particular i, en ocasions, comporta actuacions diferents a les què prendríem en un altre àmbit.

Considera que exerceix una professió de risc? Podem viure moments de conflicte en els què, evidentment, existeix un risc. Malgrat tot, la percepció de risc és molt relativa i, de vegades, depèn de cada persona.

Com definiria la qualitat assistencial dels interns? La qualitat assistencial dels nostres pacients és bona segons el meu criteri. Actualment donem resposta a les necessitats sanitàries dels pacients les 24h del dia i els 365 dies de l'any. De fet tenen una cobertura anàloga a la de la resta de la població. Aquesta percepció va ser compartida pels pacients en un estudi que vam realitzar i, posteriorment, vam presentar al Congrés Nacional de Sanitat Penitenciària de Salamanca.

Hi ha demanda per treballar com a personal sanitari d'un centre penitenciari? Actualment tenim bastants sol·licituds per accedir a treballar al Centre Penitenciari Ponent. La plantilla de la presó però, és limitada i tenim molt poca rotació de personal.

Què els diria als infermers/es que s'estan formant perquè triessin la presó com a destí professional? A les persones que es troben en procés de formació a la Facultat d'Infermeria els diria que aquest és un lloc molt atractiu per treballar, ja que en un mateix espai pots gaudir dels diversos vessants de la professió, com ara l'assistència primària, l'assistència hospitalària, la urgència, la infermeria psiquiàtrica, les toxicomanies, etc.[]

AL CENTRE PENITENCIARI DE PONENT, AMB UNA POBLACIÓ RECLUSA DE 900 PERSONES, ES REPARTEIXEN 800 DOSIS DIÀRIES DE MEDICACIÓ.





el servei d'infermeria



El servei d'infermeria del Centre Penitenciari Ponent es divideix en quatre àrees principals. La farmàcia, els mòduls residencials, la Infermeria (amb pacients psiquiàtrics i orgànics) i els programes.

A la presó lleidatana, amb una població de 900 interns, es reparteixen 800 dosis diàries de medicació. Unes unidosis que es preparen a la Farmàcia del centre que, per motius de seguretat, es troba fora del que és estrictament el centre penitenciari i que compta, a més, amb un Dispensari de Metadona. A la farmàcia hi treballa una infermera (quan el número d'infermeres que treballa ho permet), una diplomada en salut pública i dues auxiliars d'infermeria que s'encarreguen de preparar les unidosis de medicació. El Dispensari de Metadona es responsabilitat de dues infermeres que, juntament amb una metgessa, porten el Programa de Manteniment de Metadona (PMM).

El Centre Penitenciari Ponent és una presó amb onze mòduls, cadascun dels quals disposa d'un consultori. Hi ha, per tant, onze consultoris on es passa consulta cada dia als interns que ho sol·liciten o als que l'equip cita. Aquest és l'espai on es fa el control de les malalties. Cal dir que tots els mòduls residencials de la presó tenen una infermera de referència.

L'edifici d'Infermeria, reobert fa dos anys, disposa de 4 consultes i hi treballen una infermera responsable dels pacients ingressats (8 pacients orgànics i 24 pacients psiquiàtrics) i dues infermeres que treballen en les consultes dels especialistes i en els diferents programes. L'edifici compta amb una sala de radiologia, un consultori d'odontologia, una sala polivalent, una sala de reunions i una sala de l'àrea administrativa i programes. A l'edifici hi ha també les habitacions dels pacients-interns i dos patis.

Finalment, i pel que fa als programes, l'infermeria del Centre Penitenciari Ponent en treballa onze: Ingressos, TBC (tuberculosi), VIH/SIDA, VHC (Virus Hepatitis C), VHB (Virus Hepatitis B), VHA (Virus Hepatitis A), MTS (Malalties de Transmissió Sexual), VAT (Vacuna Antitetànica), Programa d'Atenció a la Dona, PMM (Programa Manteniment Metadona) i PIX (Programa d'Intercanvi de Xeringues).[]

JOAN BLANCO BLANCO ÉS PROFESSOR

de la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Lleida (UdL) des de fa quatre anys on imparteix Filosofia Científica, Emergències i primers auxilis i Pràcticum. Blanco, nascut a Lleida fa quaranta anys, és Diplomat en Infermeria per l'antiga Escola d'Infermeria de Lleida des del 1993 i és Màster en Ciències de la Infermeria de la UdL (2008), obtenint el Premi Extraordinari de final de carrera.

vocació docent

text Sara Bobet
foto Aida Felis
MISSATGES

JOAN

La seva voluntat de continuar aprenent fa que, actualment, estigui cursant el Doctorat sobre la Infecció i les Úlceres per pressió a la Universitat de Lleida sota la direcció d'en Miguel Ángel Escobar, professor de la Facultat d'Infermeria de la UdL. A més, és el coordinador del Grau d'Infermeria de la Universitat de Lleida i Director del Postgrau Universitari d'Atenció Integral a la Persona amb Ferides Cròniques de la mateixa universitat. Forma part també del Grup d'Investigació en Envel·liment Saludable de la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Lleida i coordina el Mòdul sobre Ferides Vasculars del màster universitari oficial en Gestió Integral i Investigació en les Ferides Cròniques de la Universidad de Cantàbria.

La trajectòria professional del professor Blanco està lligada estretament a les ferides cròniques de les quals n'és un reconegut expert, havent obtingut premis i distincions per la seva tasca d'investigació en aquest camp. Així doncs, Joan Blanco s'ha format especialment en Ferides Cròniques i, actualment, té el tercer nivell del Certificat d'Expert en el Cuidado de las Úlceras por Presión y Heridas Crónicas por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; un grup del qual, avui dia, forma part del seu Comitè Consultiu. Els seus inicis en la professió d'infermer van ser a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida. D'allí va passar a la Unitat Sociosanitària de Gestió de Serveis Sanitaris; una unitat de geriatría i cures pal·liatives on va treballar durant 16 anys. Un període en el qual va adquirir molts coneixements que va decidir transmetre als futurs professionals de l'infermeria. Aquesta va ser, doncs, la raó principal per iniciar-se en el món de la docència universitària. Un món que forma part de la seva vida professional i al qual se sent molt vinculat per la seva voluntat i ganes de compartir tot el que ha après durant l'exercici de la infermeria. En especial, la seva faceta d'investigació de les ferides cròniques, un camp en el qual ha desenvolupat projectes per tot el territori nacional que li han proporcionat diferents premis. Entre aquests reconeixements destaquen el Primer Premio Nacional de Investigación en Enfermería (2007); el primer premi del V Premio Salvat Curación de Heridas (2008); el primer premi de la XVII Edició del Premi d'Investigació d'Infermeria del Col·legi de Diplomats en Infermeria de Lleida (2009) i el millor cas clínic sobre nafres per pressió infectades (2009). Actualment, l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida ha concedit al professor Blanco una beca d'investigació pel treball sobre nafres per pressió infectades.

Altres activitats professionals destacables són la seva participació en l'organització de jornades i congressos. Així, Blanco ha estat membre del comitè organitzador i científic de la I, II i III Jornada Sociosanitària i Residencial de les Terres de Ponent. Ha estat, a més, un dels artífexs de la celebració de la I Jornada de Ferides Cròniques de Lleida del passat 20 de setembre i és membre del comitè organitzador del XVII Trobada Internacional d'Investigació en Cures que se celebrarà a Lleida al novembre del 2013.[]

h1>blanco



Membre del comitè organitzador de la

El passat 20 de setembre, l'Edifici del Centre de Cultures i Cooperació Transfronterera del Campus de Cappeda de la Universitat de Lleida va acollir la celebració de la I Jornada de Ferides Cròniques de la província de Lleida; una jornada organitzada per professionals d'infermeria de diferents entitats i nivells assistencials, tant de l'Atenció Primària, Hospitalària i Sociosanitària de la Regió Sanitària de Lleida, Alt Pirineu-Aran i també de la Universitat de Lleida. La sessió estava dirigida a tots els professionals sanitaris i estudiants de ciències de la salut interessats en les ferides cròniques i va comptar amb l'assistència de més de dos-cents participants. El principal objectiu de l'esdeveniment va ser la unificació de criteris per millorar la qualitat assistencial en aquest camp.

La I jornada de Ferides Cròniques de Lleida va ser inaugurada pel doctor Albert Sorribas, vicerector de Política Científica i Tecnològica de la Universitat de Lleida; el doctor Josep Pifarré, director dels Serveis Territorials de Salut; Cristina Farrás, directora adjunta empresarial de la Direcció d'Atenció de Primària; Pilar Sanmartín, directora d'infermeria de l'Hospital Santa Maria i Meritxell Feixes, coordinadora de processos d'infermeria SAP Lleida Nord, Alt Pirineu i Aran. La sessió monogràfica sobre ferides cròniques va comptar amb les intervencions de diferents ponents professionals de l'àmbit sanitari. Hi van intervenir Jordi Ballesté, infermer de l'Hospital Santa Maria de Lleida; Joan Blanco, infermer i professor de la Facultat d'Infermeria de Lleida; Pilar Ibars, infermera de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; Josep Maria Petit, infermer de la Unitat de Grans Cremats de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron; Teresa Solà, infermera de l'Atenció Primària

ATENCIÓ INTEGRAL A LA PERSONA AMB FERIDES CRÒNIQUES

El proper gener del 2013 d'iniciarà la 9a edició del curs de postgrau sobre "Atenció integral a la persona amb ferides cròniques". El curs està dirigit pels professors de la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Lleida, Jordi Ballesté i Joan Blanco, i s'impartirà a la mateixa facultat fins al juny de 2013 tots els dimecres de 9 a 14h (si hi ha demanda, es farà un grup de 16 a 21h).

Aquesta formació de postgrau se centra en les ferides cròniques i va dirigida especialment als professionals sanitaris, ja que s'ha detectat en els darrers anys una inquietud per part d'aquest col·lectiu per millorar la seva preparació en aquest camp. El curs proporciona les claus per recrear les condicions fisiològiques més adequades de manera que l'organisme sigui capaç de reposar les pèrdues en el menor temps possible, amb les menors seqüeles i intentant optimitzar al màxim el seu cost.

Més de 350 professionals d'arreu de Catalunya ja han fet aquest curs de postgrau que, enguany, estarà impartit pels professors Carme Rosell, Enric Giral, Joan Blanco, Jordi Ballesté, José Luís Lázaro, Josep M. Martínez, Josep M. Petit, Justo Rueda, Maribel Fondevila, Javier Soldevilla, Carme Marquilles, Gemma Amat i Pilar Ibars. La temàtica s'ha dividit en onze grans blocs: ferida crònica, nafres per pressió, ferides vasculars, cremades, peu diabètic, nafres neoplàsiques, tractament, ferida aguda, ostomies, casos clínics i activitats pràctiques.[]



PROGRAMA
www.ice.udl.cat/fc/curso/304

I Jornada de Ferides Cròniques de Lleida

de l'ABS d'Almacelles i Javier Soldevilla, infermer i professor de l'Escola d'Infermeria de Logroño. La cloenda va córrer a càrrec de la doctora Luisa Guitard, degana de la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Lleida; la doctora Marta Gabernet, de la unitat d'Atenció al Ciutadà de la Regió Sanitària de Lleida; Javier Jiménez, director de la Fundació SARquavita; Lourdes Terés, en representació del Col·legi d'Infermeres i Infermers de Lleida i Teresa Solà, infermera de l'ABS d'Almacelles i referent de ferides.

COMITÈ CIENTÍFIC I ORGANITZADOR: Ester Aliet, infermera adjunta a Direcció de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; Jordi Ballesté, infermer de l'Hospital de dia Sociosanitari de l'Hospital de Santa Maria de Lleida; Joan Blanco, professor de la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Lleida; Meritxell Feixes, coordinadora Processos Infermeria SAP Lleida Nord-Alt Pirineu i Aran; Esther García, cap d'Infermeria de Sociosanitari SARquavita Hospital Jaume Nadal Meroles Lleida; Lourdes Iglesias, Unitat de Formació i Comunicació ICS Lleida; Carme Marquilles, infermera Atenció Primària ABS Bordeta-Magraners (Lleida) i coordinadora Grup Ferides Atenció Primària Lleida; Maribel Martí, infermera Atenció Primària ABS Agramunt (Lleida) i referent grup ferides Atenció Primària Lleida; Carme Monsó (presidenta) infermera d'Enllaç Atenció Primària Lleida i coordinadora Grup Ferides Atenció Primària Lleida; Tere Morales, cap d'Infermeria Sociosanitari de SARquavita Psicogeriatric Terraferma d'Alpicat; Teresa Solà, infermera d'Atenció Primària ABS Almacelles. Referent grup ferides Atenció Primària Lleida i Eli Villalba, cap d'Infermeria de l'Hospital Jaume d'Urgell de Balaguer.[]

màsteruniversitari



Recerca en salut

(Antic Màster Universitari en Ciències de la Infermeria)

Modalitat: Semipresencial

Durada: Alumnes a temps complet: 1 curs 60 ECTS*

Alumnes a temps parcial: 2 cursos 60 ECTS*

*(possibilitat de realitzar 75 ECTS per accedir directament al Programa de Doctorat de la Universitat de Lleida)

Més informació: recerca.salut@infermeria.udl.cat



Universitat de Lleida
Facultat d'Infermeria

anglès

INFERMER

Dirigit a:

Infermers/es interessats/des de qualsevol àmbit.

Professores:

Núria Mína (matins) i Teresa López (tardes).

Inici del curs i horaris:

7 de febrer de 2013

Un dia per setmana (segons torn)

Dijous, torn de matí: de 12 a 14h.

Divendres, torn de tarda: de 16 a 18h.

Lloc:

Col·legi Oficial d'Infermeres
i Infermers de Lleida.

Places: 25.

INSCRIPCIÓ I MATRÍCULA

- Col·legiades COILL 100 euros.
- Persones no vinculades al COILL 150 euros.

Ingrés al c.c.- 2100-0301-14-0200144499 (cal que hi consti nom i cognoms).

Es demana confirmació de l'assistència i efectuar l'ingrés de la matrícula entre el 14 de gener i l'1 de febrer de 2013, bé per telèfon al 973 24 37 60 o bé per correu electrònic a: infermerialleida@lleida.org.[]



OBJECTIUS

- Adquirir els coneixements i vocabulari propi de la professió en llengua anglesa, tant per a la consulta documental, l'assistència a trobades professionals internacionals, com per a l'exercici de la professió en altres àmbits territorials.[]

Per a més informació:

infermerialleida@lleida.org

curs COILL

ABORDATGE INTEGRAL DEL PACIENT AMB DIABETIS



Dirigit a:

Infermers/es interessats/des de qualsevol àmbit.

Docents:

Cristina Domínguez Gadea

Diplomada en Infermeria.

Diplomada en Nutrició.

Nutricionista.

Servei Endocrinologia i Nutrició
de l'HUAV de Lleida.

Montse Doria Cervós

Diplomada en Podologia.

Servei Endocrinologia i Nutrició
de l'HUAV de Lleida.

FitaSalud. La Seu d'Urgell. Lleida.

Pilar Ibars Moncasi

Diplomada en Infermeria.

Màster en Ciències Sanitàries.

Servei Endocrinologia i Nutrició
de l'HUAV de Lleida.

Magda Mateu Amoros

Diplomada en Infermeria.

Servei Endocrinologia i Nutrició
de l'HUAV de Lleida.

Durada:

20 hores.

Dates i horaris:

14, 19, 21, 26 i 28 de febrer de 2013.

De 16 a 20 hores.

Lloc:

Col·legi Oficial d'Infermeres
i Infermers de Lleida.

Places: 25.

INSCRIPCIÓ I MATRÍCULA

- Col·legiades COILL 100 euros
(Curs parcialment subvencionat pel COILL, es retornarà el 50% de la matrícula a totes aquelles persones que compleixen amb els criteris d'assistència, puntualitat i superin el curs).
Ingrès al c.c.- 2100-0301-14-0200144499 (cal que hi consti nom i cognoms). Es retornarà el 80% de la matrícula a les col·legiades en situació d'atur.
- Persones no vinculades al COILL,
preu únic de 150 euros.
Ingrés al c.c.- 2100-0301-14-0200144499 (cal que hi consti nom i cognoms).

Es demana confirmació de l'assistència i efectuar l'ingrés de la matrícula entre el 14 de gener i l'1 de febrer de 2013, bé per telèfon al 973 24 37 60 o bé per correu electrònic a: infermerialleida@lleida.org []



OBJECTIUS

Conèixer el maneig del pacient diabètic en funció del tipus de diabetis:

- Identificar els trets diferencials de la malaltia de la diabetis en funció del tipus DM 1 o DM 2
- Aprendre les eines i tècniques d'ensinistrament en la DM 1 i DM 2.

CONTINGUT

Tema 1: Generalitats de la malaltia.

Tema 2: Educació Diabetològica.

Tema 3: Peu Diabètic.

Tema 4: Taller pràctic.

Tema 5: Resolució de casos.

METODOLOGIA

- Classes teòriques.
- Taller Pràctic.
- Treball en grup.
- Prova teòrica a l'inici del curs i al final per tal de valorar l'adquisició de coneixements.
- Hores teòriques: 12.
- Hores pràctiques: 8.

AVALUACIÓ

Prova teòrica:

- Primer dia de curs.
- Últim dia de curs.

PROGRAMA

Tema 1: Generalitats de la malaltia

- Epidemiologia de la Diabetis Mellitus.
- Criteris diagnòstics.
- Classificació de la diabetis i trastorns de la regulació de la glucosa.
- Complicacions Agudes.
- Complicacions tardanes.
- Tractament de la diabetis.
- Noves tecnologies.

Tema 2: Educació Diabetològica

- Què és l'educació sanitària: el per què de l'educació en el pacient diabètic.
- Coneixement sobre la malaltia.
- Autoanàlisi
- Autocontrol.
- Tècnica de punció.
- Exercici físic.
- Dies de malaltia.
- Dieta.

Tema 3: Peu diabètic

- Epidemiologia del peu diabètic.
- Classificació del peu de risc i estratègies a seguir en cada grau.
- Patologia ulcerativa.
- Infecció.
- Tractament de la ferida.

Tema 4: Taller pràctic

- Peu diabètic.
- Insulines i altres sistemes d'administració.
- Dietètic.

Tema 5: Resolució de casos

- Treball en grup.
- Presentació del cas.
- Avaluació de curs.

Per a més informació:

infermerialeida@lleida.org

CURS COILL

TALLER AVANÇAT DE LECTURA RADIOGRÀFICA PER INFERMERIA

RADIOGRAFIA • RADIOLOGIA CONTRASTADA

TOMOGRAFIA COMPUTADA (TC) • RESSONÀNCIA MAGNÈTICA (RM)

Dirigit a:

Infermeres i infermers de qualsevol àmbit assistencial interessats en el tema, que vulguin conèixer i saber més del diagnòstic per la imatge i la seva importància com a eina complementària en el procés de cures al pacient.

Docent:

Jordi Galimany Masclans.

Infermer. Professor de Salut Pública de l'Escola d'Infermeria de la Universitat de Barcelona. Màster Oficial en Lideratge i Serveis d'Infermeria. Màster en Salut Pública per la Universitat de Barcelona. Màster d'Adaptació Pedagògica per la Universitat Politècnica de Catalunya. Professor consultor del Màster de Telemedicina de la Universitat Oberta de Catalunya. Ha desenvolupat la seva activitat professional en la salut pública i el diagnòstic per la imatge, on té una ampla experiència de gestió. També ha publicat diversos articles i ha col·laborat en treballs relacionats.

Durada:

25 hores.

Dates i horaris:

4, 6, 11, 14 i 18 de març de 2013.
De 15 a 20 hores.

Lloc:

Col·legi Oficial d'Infermeres
i Infermers de Lleida.

Places: 25.



INSCRIPCIÓ I MATRÍCULA

- Col·legiades COILL 100 euros
(Curs parcialment subvencionat pel COILL, es retornarà el 50% de la matrícula a totes aquelles persones que compleixen amb els criteris d'assistència, puntualitat i superin els curss).
Ingrès al c.c.- 2100-0301-14-0200144499 (cal que hi consti nom i cognoms). Es retornarà el 80% de la matrícula a les col·legiades en situació d'atur.
- Persones no vinculades al COILL,
preu únic de 150 euros.
Ingrés al c.c.- 2100-0301-14-0200144499 (cal que hi consti nom i cognoms).

Es demana confirmació de l'assistència i efectuar l'ingrés de la matrícula entre l'11 i el 27 de febrer de 2013, bé per telèfon al 973 24 37 60 o bé per correu electrònic a: infermerialleida@lleida.org []

PRESENTACIÓ

El diagnòstic a partir de la imatge és un dels elements bàsics i de creixent importància en els sistemes sanitaris moderns. Cada dia més, les exploracions de diagnòstic per la imatge formen part del dia a dia dels professionals de la salut. Els mecanismes per saber que passa en un determinat òrgan o teixit han estat objecte d'una evolució constant. La infermera, com a element clau en la cura de la salut de la persona, ha de saber gestionar tot el que està relacionat amb el procés de diagnòstic per la imatge.

En l'actualitat, els exàmens radiològics són un dels procediments diagnòstics més utilitzats en els centres assistencials. S'utilitzen com a mecanisme d'screening, en el diagnòstic inicial i en el seguiment de multitud de patologies i, més recentment, com a mecanisme de suport per a tractaments que redueixen el grau d'invasivitat i el cost de moltes intervencions que es realitzen en entorns quirúrgics.

L'objectiu d'aquest curs és posar a l'abast dels assistents les eines i els coneixements necessaris sobre la formació de la imatge de les diferents exploracions diagnòstiques, els principals riscos i els coneixements i recursos per interpretar els estudis radiològics més habituals, diferenciant les imatges normals i les principals alteracions de la normalitat en estudi radiogràfic, estudis de radiologia contrastada, estudis de TC i de RM.

METOLOGIA DOCENT

Avaluació inicial de coneixements.
Exposicions teòriques acompanyades de material audiovisual. Taller de visualització i valoració de radiografies, estudis de radiologia contrastada, estudis de TC i RM. Discussió de casos.
Avaluació final de coneixements adquirits.

CONTINGUTS

Radioprotecció. Risc radiològic. Efectes nocius de les radiacions.

Formació de la imatge radiològica. Densitats radiològiques, característiques principals de l'anatomia radiològica. Lectura i interpretació de la imatge radiològica.

Radiologia Òssia.

Extremitats Superiors. Extremitats Inferiors. Columna vertebral. Crani. Estudis radiològics d'articulacions. Projeccions. Paràmetres de qualitat. Visualització de la placa normal. Alteracions de la normalitat. Visualització de plaques patològiques.

Radiologia de l'Abdomen.

Projeccions. Paràmetres de qualitat. Vista de placa normal d'Abdomen. Alteracions de la normalitat. Visualització de plaques patològiques.

Radiologia del Tòrax.

Projeccions. Paràmetres de qualitat. Vista de placa normal de tòrax. Alteracions de la normalitat. Visualització de plaques patològiques.

Estudis radiològics amb contrast baritat i iodat.

Visualització d'estudis normal de contrast baritat i iodat. Alteracions de la normalitat. Visualització d'estudis amb contrast.

Estudis amb Tomografia Computada (TC).

Preparació del pacient pels estudis de TC. Formació de la imatge de TC. Paràmetres de qualitat de les imatges de TC. Visualització d'estudis de crani, abdomen, tòrax, múscul esquelètic i estudis especials de TC.

Estudis amb Ressonància Magnètica (RM).

Preparació del pacient pels estudis de RM. Formació de la imatge de RM. Paràmetres de qualitat de la imatge de RM. Visualització d'estudis de crani, abdomen, tòrax, múscul esquelètic i estudis especials de RM.

Per a més informació:
infermerialeida@lleida.org



Institut Català de la Salut
Atenció Primària Lleida



Universitat de Lleida



**I CONGRÉS INTERNACIONAL
DE PROFESSIONALS DE LA
SALUT EN INTERVENCIONS
ASSISTIDES AMB ANIMALS I
GOSSOS D'ALERTA MÈDICA**



2013LLEIDA
www.iaacong्रेसolleida.com



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Col·labora:



COL·LEGI OFICIAL
D'INFERMERES I INFERMERS
DE LLEIDA

Sabadell
Professional



Una cosa és dir que treballem en PRO dels professionals.
Una altra és fer-ho:

Compte Expansió PRO*.

T'abonem el 10% de la teva quota de col·legiat.**

0

comissions
d'administració i
manteniment.

+

3%

de devolució dels teus
rebuts domèstics
principals, fins a un
màxim de 20 euros al
mes.

+

Gratis

la targeta de crèdit i de
dèbit.

+

Més de

1.300

oficines al teu servei.

Al cap i a la fi, som el banc de les millors empreses. O el que és el mateix, **el banc dels millors professionals: el teu.**

Truca'ns al 902 383 666, organitzem una reunió i comencem a treballar.

sabadellprofessional.com

*El Compte Expansió Pro requereix la domiciliació d'una nòmina, pensió o ingressos recurrents per un import igual o superior a 700 euros. Si tens entre 18 i 25 anys, no cal domiciliar cap ingrés periòdic.

**Fins a un màxim de 100 euros l'any.

- INSTAL·LACIÓ D'ALARMES
I VÍDEO VIGILÀNCIA
- GESTIÓ EN CENTRAL RECEPTORA
D'ALARMES PRÒPIA, A LLEIDA
- VERIFICACIÓ I CUSTÒDIA
- PROTECCIÓ CONTRA INCENDIS
- CAIXES DE SEGURETAT

*vosaltres
ens en cuideu*

A **SIC24** vetllem per la seva seguretat. Davant de qualsevol incidència, la seva alarma envia un senyal a la nostra central, identificant el seu domicili.

Automàticament, activem el nostre protocol de comprovació, assistència o intervenció immediata i alertem les autoritats i serveis necessaris (bombers, ambulàncies...).



CONNECTI LA SEVA ALARMA
A LA NOSTRA PRÒPIA CENTRAL RECEPTORA

TRANSMISSIÓ D'IMATGES
AL SEU TELÈFON MÒBIL



*alarma activada,
excepte a la teua
habitació*

Amb el **sistema d'activació d'alarma per zones** vostè podrà activar l'alarma de forma selectiva a les dependències que vulgui.



CONTROLI EL SISTEMA
D'ACTIVACIÓ D'ALARMA
PER ZONES MITJANÇANT
UN PRÀCTIC TECLAT DIGITAL

feliços **somnis**



sic24@sic24.com
Pol. Ind. "El Segre"
C/ Enginyer Mies,
Parc. 706 - Nau 3
25191 Lleida

902 666 024
www.sic24.com