



# CONFERENCIA DEL CIE y CRN

## 2-8 de mayo de 2011 Malta

# MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL MEDIANTE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN TRANSCULTURAL A LA POBLACIÓN DIABÉTICA SAHARAUI

Pallarés Martí, A. Pallarés-Carrasco, O. Rifà Ros, R., Pérez Pérez, I.  
Grup de Recerca en Estils de vida saludable (GREVS).  
Línea de investigación: Inmigración y salud

# Introducción (1)

- Los cuidados de enfermería basados en prácticas asistenciales adaptadas a la cultura de los pacientes se traducen en mayor efectividad y satisfacción de los pacientes.
- Existe escasa evidencia científica que valide esta hipótesis.

# Introducción (2)

- Gran aumento de estudios sobre efectividad de la atención transcultural
  - *Entre 1993 y 1999 se publicaron 14 trabajos*
  - *Entre 1999 y 2010 se publicaron 282 estudios.*
- Importantes limitaciones metodológicas que limitan la validez de los resultados por problemas de diseño e insuficiente tamaño muestral.

# Introducción (3)

- Revisión exhaustiva de la literatura sobre salud de la población inmigrante en el ámbito del Estado español, con técnicas de Medicina/Enfermería Basada en la Evidencia.

# Introducción (4)

## FUENTES DOCUMENTALES

- Bases de datos electrónicas: Medline, Embase, Pascal, Índice Médico Español, BDIE-enfermería, Cuiden, Cuidatge, CSIC-Ciencias Humanas y Sociales.
- Catálogos bibliográficos de la US National Library of medicine y el Catálogo español del ISBN.
  - *Tres tipos de descriptores relativos a inmigración, salud y utilización de servicios sanitarios*
  - *Localización en instituciones del Estado español.*
  - *Ecuaciones de búsqueda adaptados al thesaurus e idioma de la base de datos, unidos por el operador booleano AND.*

# Introducción (5)

- 288 resúmenes de documentos con los criterios citados de los cuales 11 hacían referencia específica al impacto de la atención transcultural en diabéticos.
- Lectura crítica independiente (peer review) por dos revisores expertos descartando:
  - *los trabajos con nivel de evidencia III que no aportaban datos experimentales*
  - *los que no representaban una contribución de interés sobre temas de salud o uso de los servicios sanitarios de la población inmigrante.*

# Introducción (6)

- **51 publicaciones superaron los filtros metodológicos citados.**
  - 33 estudios (64,8%): salud y morbimortalidad
  - 9 estudios (17,7%): utilización de servicios sanitarios
  - 6 estudios (11,7%): condiciones socioeconómicas de la población inmigrante
  - **sólo 3 trabajos (5,8%) hacían referencia a la interacción entre profesionales sanitarios y paciente inmigrante**
  - 47 trabajos (82,1%): metodología cuantitativa
  - 4 trabajos (7,73%): métodos cualitativos
  - 41 estudios (80,3%) presentaban descripción de las frecuencias sin relación de asociación entre las diferentes variables
  - 4 trabajos (7,84%): explicativos por el tratamiento de las variables de confusión en el diseño o el análisis

# Introducción (8)

Las principales limitaciones de estos trabajos fueron de tres tipos (I)

**Problemas en la identificación y selección de la población inmigrante que constituye la muestra en estudios:**

- *Sesgos de selección como el descartar individuos que no entienden el castellano (sin apoyarse en mediadores y/o traductores culturales) (5)*
- *Carecen de predeterminación del tamaño muestral y de aleatorización con estratificación según diferentes colectivos de inmigrantes (6).*

# Introducción (9)

Las principales limitaciones de estos trabajos fueron de tres tipos (II)

*Problemas con el diseño de la investigación y las fuentes de información*

Especialmente en los estudios retrospectivos basados en el análisis de historias clínicas en el que la captura de datos tiene una **sensibilidad limitada para identificar la nacionalidad especialmente en los inmigrantes iberoamericanos (7)**.

# Introducción (10)

## Las principales limitaciones de estos trabajos fueron de tres tipos (III)

### Falta de validación de los instrumentos.

- *El 45% de los estudios cuantitativos utiliza encuestas o cuestionarios de diseño propio. En ningún caso estas herramientas han sido validados adecuadamente. Este es un hallazgo concordante con revisiones previas (2).*
- *Los instrumentos no han sido sometidos a estudios piloto con técnicas adecuada como delphi o alfa de Chronbach que demuestren la solidez de constructo y validez interna*

# Introducción (11)

***Se concluyó que la efectividad de la atención transcultural en general y en la atención diabética en particular (desde el paradigma cuantitativo) requería estudios con mejor nivel de evidencia***

# Objetivos (1)

- Demostrar la efectividad y satisfacción de un programa de atención transcultural en la atención a la población diabética de la Clínica RADJEM de Lâayounne (Marruecos)

# Material y métodos (1)

- Diseño: Estudio analítico cuasi experimental complementado con técnicas cualitativas.
- Protocolo:
  - A los pacientes diabéticos (n=122) se les determinaron sus niveles de glucemia basal (preintervención) que se compararon tras la asistencia (glucemia postintervención) por parte del equipo con competencias culturales (grupo estudio; n=61) o por el equipo convencional (grupo control; n=61).
  - A los pacientes diabéticos (n=122) se les aplicó el programa **Inmiqua** y se les atendió después de conocer sus necesidades mediante la encuesta sociocultural
  - Todos recibieron 200 gramos de *Estevia* para sustituir el azúcar en el té y recibieron instrucciones sobre el cumplimiento estricto de la dieta y los tratamientos habituales en pacientes diabéticos

# Material y métodos (2)

- Análisis estadístico cuantitativo: Test de la T de student, chi2 y Spearman. Nivel de significación estadística:  $p < 0,05$ .
- Análisis cualitativo: programa Atlas Ti.



## PROGRAMA DE FORMACION CONTINUADA INMIQUAL:

- Tres módulos formativos de cuatro horas (12 horas lectivas).
  1. *Conocimientos sobre los conceptos de cultura, género, religión, salud-enfermedad, condicionantes socio-economicos*
  2. *Descripción del protocolo de atención con especial atención en la relación usuario-profesional.*
  3. *Taller de casos prácticos en que profesionales y sanitarios voluntarios trabajaban en grupo los problemas en la aplicación del protocolo. Los contenidos fueron elaborados por miembros del GREVS (Línea de investigación en Inmigración y salud) de la Universidad Ramon Llull.*



# Material y métodos (5)

## VALIDACIÓN ENCUESTA SOCIO-DEMOGRÁFICA (1)

- *El primer cuestionario, que rellenaron todos los pacientes participantes en el estudio, fue autoadministrado o con la ayuda de un traductor .*
- *Recogió un total de 40 variables de las cuales 39 tienen escala de respuesta policotómica y una abierta:*
  - *Incluyó variables demográficas (10 ítems)*
  - *Variables socio-económicas, de comprensión (5 ítems)*
  - *del entorno convivencial (5 ítems)*
  - *condiciones sanitarias (9 ítems)*
  - *razones subjetivas para acudir al servicio (7 ítems, uno con respuesta abierta)*
  - *frecuentación de los servicios sanitarios (4 ítems).*

# Programa de educación diabetológica (1)

## Variables

1.-POBLACIÓN DIANA.- grupo de diabéticos saharauis y sus familias.

2.-OBJETIVOS.-

*A ) GENERALES.-aumentar los conocimientos para conseguir un mejor control metabólico y de los factores de riesgo cardiovascular asociados.*

*B) ESPECIFICOS.-adquirir conocimientos, habilidades y actitudes positivas.*

*Promover la adopción de conductas y hábitos saludables.*



# Programa de educación diabetologica (2)

## ÁREAS DE RESPONSABILIDAD

- La máxima responsabilidad es la educación de las personas con diabetes, su familia y entorno, prestando apoyo para la autogestión del auto cuidado de la diabetes.
- El educador debe garantizar el adiestramiento de las personas con diabetes en el manejo de su tratamiento para optimizar el control metabólico con el menor deterioro posible de la calidad de vida.

# Programa de educación diabetológica (3)

## CONTENIDOS EDUCATIVOS

*Generalidades de la enfermedad.*

## HABILIDADES

*Auto inyección insulina*

*Medicación y terapias naturales (Estevia)*

*Auto análisis*

*Confección de dietas*

## ACTITUDES

*Aceptación de la enfermedad*

*Adaptación a la enfermedad*

*Autoresponsabilización*

*Colaboración con los servicios sanitarios*

# Resultados (1)

**Tabla 5. Análisis general**

Análisis de los distintos agentes, grupos y sectores sociales implicados en los problemas del barrio Hay Echouhada	Análisis de los problemas identificados determinando sus causas y sus efectos	Análisis de las distintas alternativas identificadas
	Análisis de los objetivos de desarrollo socio-sanitario.	El diseño de una intervención de atención propuesta al Ayuntamiento de El Aaiún, para el barrio Hay Echouhada a través de la formulación de una matriz de planificación del proyecto.

# Resultados (2)

**Tabla 2. Visitas realizadas\*<sup>14</sup>**

ATENCIÓN USUARIOS		ADAPH	AHS
		2003-2007	2008-2009
<b>Visitas campañas SS.SS y Verano</b>			
Area enfermería	Diabetes	1800	840
	Hipertensión	1000	460
	Obesidad	830	380
Area fisioterapia	Atención niños	800	¿?
	Parálisis cerebral		
	Problemas musculo esqueléticos	1000	¿?
Area médica	V. no especializada	1.100	130
Area nutrición	Intervenciones	...	50

\*Participación de voluntarios de la Facultat Ciències de La Salut Blanquerna a partir del curso 2006-2007 en las áreas de Enfermería, Fisioterapia y Nutrición: 20 alumnos y 3 exestudiantes

# Resultados (3)

**Tabla 4. Periodo Cooperación 2008-2009. As. Contraparte AHS**

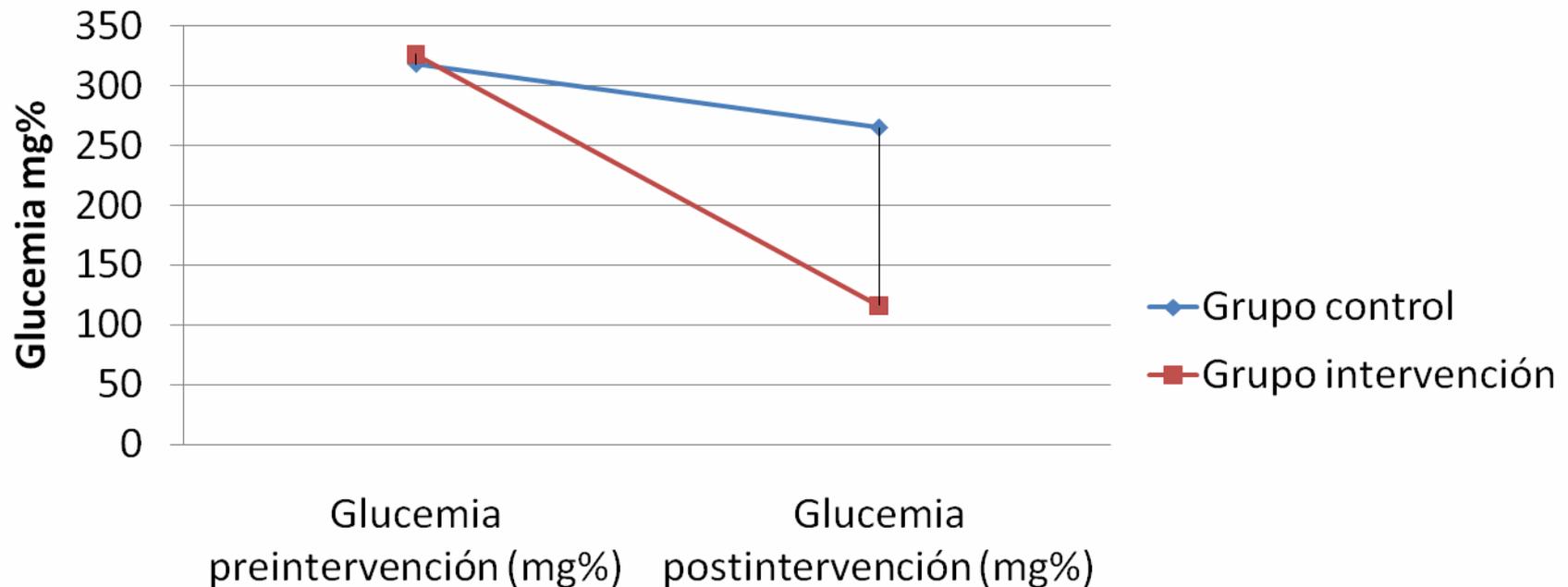
	Grado consecución/ Ejecución	Criterios de evaluación				
		Viabilidad	Pertinencia	Impacto	Eficacia	Eficiencia
<b>O. General</b>	ALTO (estimado)	MEDIA	ALTA	MEDIO	ALTA	MEDIA
<b>O. Específicos</b>	MEDIO (estimado)	MEDIA	ALTA	MEDIO	MEDIA	MEDIA
<b>Resultados</b>	60%	MEDIA	ALTA	MEDIO	MEDIA	MEDIA
<b>Actividades</b>	70%	ALTA	ALTA	ALTA	MEDIA	MEDIA
<b>Recursos</b>	70%	MEDIA	ALTA	ALTA	MEDIA	MEDIA

# Resultados (4)

	<b>Grupo Control (n=61)</b>	<b>Grupo intervención (n=61)</b>	<b>nivel de p</b>
Edad	32,3 ±12,1	31,5 ±10,1	0,23
Género femenino	56 ( 91,8%)	57 (93,4%)	0,33
Nivel socio cultural (puntuación 0-50)	8,3±4,3	8,1±6,0	0,11
Diabetes tipo I	4 (6,5%)	3 (4,9%)	0,10
Diabetes tipo II	57 (93,5%)	58 (95,1%)	0,10

# Resultados (5)

## Niveles de glucosa en sangre (n=122)



**P= 0,001**

# Resultados (6)

	<b>Grupo Control (n=61)</b>	<b>Grupo intervención (n=61)</b>	<b>nivel de p</b>
Satisfacción con instrucciones (0-10)	5,1 ±2,1	7,9 ±3,0	0,01
Opinión sobre Estevia (0-10)	9,2±1,3	9,0±1,5	0,26
SATISFACCIÓN GLOBAL (0-10)	6,2±3,3	8,7±2,3	0,03

# Resultados (7)

- No se encontró correlación entre el descenso de las glucemias y las variables culturales de los grupos estudiados.

# Conclusiones

- En las condiciones del estudio, la capacitación de los profesionales de enfermería en competencias culturales mejora los resultados clínicos y la calidad percibida

# Bibliografía

1. Piera Orts A. II. Introducción a los modelos de investigación. El diseño de investigación-acción. *Enferm Cardiol* 2002; Año IX (26): 18-20.
2. Denzin, Norman y Lincoln, Yvonna. (2000). *Handbook of Qualitative Research*. Segunda Ed. Londres: Sage Publications
3. Rodríguez-Villasante T. Del desarrollo local a las redes para mejor vivir. Buenos Aires: Lumen; 1998.
4. Bru Martín P, Basagoiti R. La investigación-acción participativa como metodología de mediación e integración sociocomunitaria. Comunidad. Publicación periódica del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria n.º 6. Barcelona; semFYC; 2003.
5. Chisholm R, Eden M. Features of emerging action research. *Human Relations*. 1993;46:275-97.
6. Stringer ET. Action research. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage; 1999.
7. Blackburn, J. y J. Holland (1997), *Who Changes? Institutionalizing participation in Development*, Intermediate Technology, Londres.
8. Chambers, R. (1997), *Whose Reality Counts? Putting the First Last*, Intermediate Technology Publications, Londres.
9. Holland, J. y Blackburn, J. (1997), *Whose Voice? Participatory Research and Policy Change*, Intermediate Technology, Londres.
10. International Institute for Environment and Development (IIED), PLA Notes, en internet: <http://www.iied.org>
11. Pretty, J., I. Guijt, J. Thompson e I. Scoones (1999), *Aprendizaje y Acción Participativa*, Guía para Capacitadores, IIED, Londres.
12. Brown, A. L. (1977), *Program Design Guidelines Using a Logical Framework*, Report to USAID, McLean, VA., American Technical Assistance Corporation, 1977.
13. Comisión de las Comunidades Europeas (1993), *Gestión del ciclo de un proyecto: Enfoque Integrado y Marco Lógico*, Bruselas.
14. DANIDA (1990), *LFA for Project Preparation: Handbook on Logical Framework Approach*. Vol. I: Procedures and Examples. Vol. II: Clarifications, Copenhague.
15. Gasper, D. (1997), *Logical Frameworks: A Critical Assessment*, Working Paper 264, Institute of Social Studies, La Haya.
16. Gasper, D. (1999), "The Logical Framework Beyond the Project Enclave: Questions and Warnings for Monitoring and Evaluation of Humanitarian Assistance in Complex Emergencies", en *Revista Española de Desarrollo y Cooperación*, nº 4. Madrid.
17. GTZ (1997), *A Planning Guide for New and Ongoing Projects and Programmes*, Eschborn (Alemania).
18. Magura, T. (1998), *A case study of ZOPP in Zambia*, Research Paper, Institute of Social Studies, La Haya.
19. NORAD (1990), *The Logical Framework Approach. Handbook for Objectives-Oriented Project Planning*, Oslo.
20. SIDA (1996), *Guidelines for the Application of LFA in Project Cycle Management*, Estocolmo.