



***XI Encuentro Internacional de  
Investigación en Enfermería***

**Investén-*isciii***

---

**14-16 de noviembre 2007**

**Madrid**

**Con la colaboración de:**



**LIBRO DE PONENCIAS  
CONFERENCE'S BOOK**

**ISBN:13 978-84-690-90251**

**Edita :Instituto de Salud Carlos III –Unidad de Coordinación y Desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-ISCIII) Madrid, 2007**

<b>TEXTOS DE LAS CONFERENCIAS Y PONENCIAS.....</b>	<b>9</b>
<b>Mesa de comunicaciones 1(Bilingüe): Cuidadores principales/caregivers.....</b>	<b>10</b>
Margarita Rodríguez Pérez, Ana Abreu Sánchez: Alteración de las necesidades básicas de las cuidadoras informales de ancianos dependientes.....	10
Hasson, F., McKenna, H.P., Sinclair, M., Ryan, A., Keeney, S., Wakefield, A. Spilsbury, K. & Dobbs, F.: Are student nurses prepared to work with health care assistants? .....	13
<b>Mesa de comunicaciones 2(Español):cuidados de salud en el Cáncer.....</b>	<b>15</b>
Mª del Rosario Domínguez Gil, Mª Eugenia Acosta Mosquera: "Evaluación de la Calidad Asistencial y de Vida de las pacientes intervenidas de cáncer de mama en el Hospital Virgen Macarena" .....	15
San Martín Rodríguez, L., D'Amour, D., & Leduc, N: Los efectos de la colaboración interprofesional en los pacientes hospitalizados en las unidades de oncología y hematología .....	18
<b>Mesa de comunicación 3(inglés):Mother and children care .....</b>	<b>21</b>
Gholam-Reza Sanagooy-Moharer: Use of psychologic Test Millon-II and CAT'S in abuser mothers in Iran.....	21
Dulce Maria Pereira Garcia Galvão: PRECOCITY OF THE FIRST SUCKLING/LACTATION AND BREASTFEEDING MAINTAINING.....	23
<b>Mesa de comunicaciones 4(Bilingüe):Cuidados de salud en las mujeres/ Women healthcare .....</b>	<b>25</b>
*Mina Rotem, RN, MA.: Physical activity among middle aged women: A need to change health promotion strategies.....	25
<b>Mesa de comunicaciones 5 (Español):Cuidados del envejecimiento.....</b>	<b>27</b>
Martínez Martín, María Luisa: Déficit de autocuidado al alta hospitalaria en pacientes mayores de 75 años ingresados en unidades medicoquirúrgicas. ....	27
<b>Bonet M, Ferrer N, Ferriol C: Dependencia y utilización de recursos sanitarios en mayores de 74 años.....</b>	<b>30</b>
<b>Mesa de comunicaciones 6(Español):Profesión/Gestión en enfermería .....</b>	<b>32</b>
S. Corchón Arretxe; C. Oroviogicoechea Ortega; Proceso de diseño e implantación de una intervención para el desarrollo de la cultura investigadora enfermera.....	32
Miró, Margalida: Discursos y relaciones de poder en la constitución de la identidad de la profesión enfermera en España (1956-1976).....	35
<b>Mesa de comunicaciones 7(Bilingüe):Cuidados de la salud en adolescentes/Adolescent healthcare.....</b>	<b>38</b>
Rodríguez Oviedo, Paloma: Estudio observacional transversal del dolor de espalda en adolescentes y su relación con la csobrecarga en las mochilas.....	38
Ana Lucia Noreña Peña, Luís Cibanal Juan : El contexto de la interaccion comunicativa entre el profesional de enfermería y el niño hospitalizado.Un estudio exploratorio.....	41
Margarida Reis Santos; Constança Paúl; João Amado: Alcohol ingestion habits among high-school adolescents .....	44
<b>Mesa de comunicaciones 8(Español):Práctica en enfermería.....</b>	<b>47</b>
Santos Ruiz, Susana: Aplicabilidad de Modelos y Teorías de Enfermería en la realidad asistencial: Primera fase.....	47
Oriol M: Paciente tipo quirúrgico :aplicación del modelo de enfermería de Virginia .....	51
Díaz Rodríguez DR, Pablo Leis A:Lectura del Test rápido de ureasa en la infección gástrica por Helicobacter pylori.....	54
Pablo Leis A, Díaz Rodríguez DR, Granados Martín M:Satisfacción del paciente tras gastroscopia mediante cuestionario validado.....	56
Baraza A: Desarrollo de un programa educativo dirigido a pacientes portadores de nefrostomía percutánea.....	58
<b>Mesa de comunicaciones 9(inglés):Chronic care.....</b>	<b>61</b>
Pierce, Elaine PhD BSc (Hons) RCNT RN :An assessment of the economic costs of direct nursing care.....	61
Abubakari, A.:Distribution and Trends in obesity in Western sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis.....	63

<b>Mesa Redonda (Sesión plenaria ):Promoción de salud en la infancia y adolescencia.....</b>	<b>65</b>
Oliver Roig, Antonio:Promoción de la salud en la infancia y adolescencia: Lactancia Materna .....	65
Miñano Aroca, A: Enfermería y Salud Medioambiental Escolar: un nuevo reto profesional.....	68
Agüera,Barbara:Enfermería en el medio escolar .....	69
Gutiérrez,Juan Madrid: LA PROMOCIÓN POSITIVA EN LA ADOLESCENCIA.....	74
<b>Mesa de comunicación 10(Bilingüe):Cuidados a las situaciones críticas :Critical care.....</b>	<b>84</b>
Derakhshan, Homayoon Bana: The effectiveness of continuing incidental education on knowledge of occupying nurse's about C.P.R.....	84
Simarro Blanco,Jose Antonio : ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	86
Walker,Wendy:Accident and emergency staff opinion on the effects of family-presence during adult resuscitation: critical literature review.....	89
<b>Mesa de comunicación 11(Español):Profesión/Gestión en enfermería.....</b>	<b>91</b>
Bonet Porqueras,Ricard; Moliné Pallares,Alicia: Estado de salud y calidad de vida del personal de enfermería de los hospitales públicos de Catalunya relacionado con el turno del trabajo.....	91
Melero Puerta, E: Diferencias de sexo entre puesto base y superior de Enfermería de los hospitales públicos de Granada .....	94
<b>Mesa de comunicación 12(Ingles):Nursing profesión and education.....</b>	<b>97</b>
Antohe I, Saarikoski M: Romanian –Finnish comparative study on nurse students mentorship in clinical paractice.....	97
<b>Mesa de comunicación 13(Bilingüe):Cuidados a las situaciones crónicas/Chronic care.....</b>	<b>99</b>
Fernández Leal, R; García-Pliego Córdoba: Adherencia al tratamiento antirretroviral y respuesta clínica .....	99
Bastos,Fernanda: Portuguese diabetes self-care scale.....	102
Castañó Sánchez,MC: Calidad de vida del paciente hipertenso ,cuestionario SF-36.....	105
Antohe I,Fermesanu MC,Cimpoesu:Motives of heart failure decompensation in patients with cardiac insuficiency assesed from nursing interventions perspective.....	107
Susan L. Swanlund, PhD, RNMedication Management Processes and the OlderAdult.....	108
<b>Mesa de comunicación 14 (Español) Cuidados en situaciones de dolor y muerte.....</b>	<b>109</b>
Ansiedad, autoestima y actitudes ante la muerte en estudiantes de enfermería.....	109
González Sánchez,María Marta :Creencias sobre la muerte,de las mujeres mayores en dos contextos urbanos.....	112
Barroso Pérez,MªEna :Una mirada etnográfica al dolor desde el contexto hospitalario.....	116
Pastor Montero ,S:Experiencias y vivencias de los padres y profesionales ante la pérdida perinatal.....	119
<b>Mesa de comunicación 15 (Ingles) Children Healthcare.....</b>	<b>122</b>
F atemeh Ahmadi, Katayon Esmaeili, Mahdi Esmaeili, Homayon Esmaeili: The Study of Respiratory Distress System in Neonatal Hospitalize in Kermanshah city in Iran.....	122
Temple,Beverly:Factors associated with Mothers' Protection of their Children from Environmental Tobacco Smoke.....	123
<b>Mesa de comunicaciones 16 (Bilingüe):Métodos de investigación/ Research Methods.....</b>	<b>126</b>
Lluch Canut Mº T, Fiabilidad y validez del Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) en una muestra de población general.....	126
Valdimi D Sousa : Further Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Depressive Cognition Scale.....	128
Bueno GonÇales,Marlene:Construccion y validación del material educativo en la prevención delcáncer cérvico uterino.....	129
<b>Mesa de comunicaciones 17(Español):Docencia en enfermería.....</b>	<b>130</b>
Rodríguez Cala, A: Evaluación de un programa de tutorización en la práctica clínica para el personal de nueva incorporación .....	130
Miró, Margalida:¿Cómo nos constituimos? Continuidades y transformaciones en los discursos de estudiantes de enfermería sobre identidad profesional.....	132
Ortega Martínez,Carmen: Percepción del alumnado sobre su formaciónpráctica.....	135

Pina Roche,Florentina:Diseño y validación de un cuestionario para valorar las innovaciones de metodologías docentes en la formación pregrado de enfermería.....	137
Sendino A, Chamorro E, Muñoz D, San José B:Factores que influyen la concordancia entre la evaluación del alumno y la calificación del profesor en Enfermería y Fisioterapia.....	140
<b>Mesa de comunicaciones 18(Español):Cuidados de salud en adolescentes .Hábitos de salud.....</b>	<b>142</b>
Gómez González,Beatriz :Análisis del consumo de tabaco en el cine español (2001-2006).....	142
Meseguer Liza .C : Diferencias en la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol en adolescentes murcianos.....	145
<b>Mesa de comunicaciones 19 Bilingüe :Práctica clínica /Clinical Practice.....</b>	<b>148</b>
Isla Pera,P:Conocer la experiencia de ser sometido a un trasplante de órganos.....	148
Fariba Bolourchifard:The effects of antiseptic solutions and surgical hands scrubbing.....	151
Alcahud Cortes ,C:Estudio descriptivo sobre la variabilidad de la técnica de administración de la heparina de bajo peso molecular en el C.H.U.A.....	154
<b>Mesa de comunicaciones 20 (Español):Cuidados de salud maternas.....</b>	<b>155</b>
Becerra Mayor,Emilio José :Adhesivo tisular comparado con sutura subcutánea en el cierre cutáneo de la episiotomía.....	155
Montes Muñoz,Mª Jesús : Sobrevivir al parto. Experiencias de maltrato institucional.....	158
Rodríguez Olalla, L.:Relación entre ansiedad y obesidad en mujeres embarazadas.....	161
Mª Zarza Bernardo Mayor: Consumo de tabaco en gestantes de dos Z.B.S. de Valladolid.....	164
<b>Mesa de comunicaciones 21(Español):Promoción de la salud.....</b>	<b>169</b>
Artieta Pinedo,I:Efecto de la asistencia a Educación Maternal sobre la evolución del parto.....	169
López Muñoz,Idoia :Terapia grupal en dislipemias :posibilidad de implantación en una zona rural dispersa.....	172
Gutiérrez Rodríguez,Mª del Mar :Tratamiento enfermero del granuloma umbilical en atención primaria.....	175
<b>Mesa de comunicaciones 22(Bilingüe):cuidados a las situaciones crónicas / Chronic care .....</b>	<b>177</b>
Riitta Suhonen:Quality of life in orthopaedic and trauma patients in three European countries.....	177
<b>Mesa de comunicaciones 23( Español): Gestión y organización de servicios.....</b>	<b>179</b>
Perez Quintana ,Mª del Mar :Utilización de la metodología enfermera por un equipo de atención primaria de Madrid.....	179
Roldán Merino, J. F;Evaluación de un programa diseñado para la atención domiciliar de enfermería. .	180
Figueiredo Carvalho,Zuila Maria de : accesibilidad en silla de ruedas en las clínicas y consultorios de neurología y neurocirugía de fortaleza.....	184
Ugalde Apalategui, M. Lluch Canut, M.T: Estudio multicéntrico del uso y utilidad de las taxonomías enfermeras en unidades de hospitalización psiquiátrica .....	187
Achury Saldaña ,Diana Marcela: Efectos de un plan educativo en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en los pacientes con falla cardiaca .....	190
Recio Rodríguez, Jose Ignacio; ¿Conocen los pacientes cardiopatas las pautas de actuación ante el dolor torácico y los signos de alarma?.....	194
<b>Mesa de comunicaciones 24(Español):Profesión y práctica clínica en enfermería.....</b>	<b>196</b>
Abreu Sánchez,A: Medición en dos fases de la calidad de vida global y de las alteraciones genéricas a pacientes postinfarto agudo de miocardio.....	196
Luengo R: ¿Conocen los pacientes cardiopatas las pautas de actuación ante el dolor torácico y los signos de alarma?.....	199
<b>Mesa de comunicaciones 25 (Bilingüe):Cuidados a las situaciones críticas/Critical care.....</b>	<b>202</b>
Andrade Gonçalves,Leilane : Factors related to nursing workload in Adult Intensive Care Units on the first day of admission.....	203
Díez Díez ,Beatriz:Evaluación de los conocimientos científicos de las enfermeras de Uci respecto al protocolo de monitorización del índice bispectral.....	205
Llamas Sánchez, Francisca; Identificación de necesidades de familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Virgen Macarena.....	207
<b>Mesa de comunicaciones 26(Español):Cuidados de salud en niños.....</b>	<b>209</b>
Giráldez, M: Efectos metabólicos en niños y adolescentes tratados con atípicos de segunda generación.....	210

Dominguez Rosales, Rosario: Influencia de los Toques Terapéuticos en el desarrollo de Recién Nacidos Preterminos.Financiado por el Fis-PI 050532. ....	212
Velázquez González, Rosario:Evaluación de la calidad de cuidados desde la perspectiva de padres de niños de la unidad de preescolares y hemato-oncología pediátrica .....	215
Dorronsoro Barrandiaran,M.Osane :Estudio descriptivo de reacciones postvacunales en lactantes de un centro de salud de Guipúzkoa.....	218

**Mesa de comunicaciones 27(inglés):Docencia en enfermería /Nursing Education.....220**

Paola Ferri,Federica Davolio:Potentiality,opportunity,limits and frustrations: a regarding survey of the graduates of the Course of Bachelor of Nursing of Modena.....	221
Chung,Haejoo ; Muntaner,Carles:Welfare State Typologies and Global Health.....	224

**TEXTO DE LOS PÓSTERES CIENTÍFICOS.....225**

1 Feo,Yurena Rosa; Dávila Magan,Cristina:TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA REVISIÓN DE ARTÍCULOS PUBLICADOS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	226
2 Barbarin Sáinz de Murieta,Silvia :La televisión, enemiga de una dieta sana en la población infantil.....	229
3 Fernández Diosdado,Mar: ¿AFECTARA EL CONOCIMIENTO DEL AP-MADRID POR PARTE DEL PACIENTE, EN LA RELACION CONFIDENCIAL ENFERMERO-PACIENTE? .....	230
5Johanna Lucero Salinas,Johanna:¿La polimedicación influye en el cumplimiento terapéutico?.....	231
9García Velasco,Leticia:Programa Albin, un proyecto de "futuro" analizado desde una experiencia Erasmus.....	233
11Vacas Pérez, Juan Crisóstomo :Innovación pedagógica en el arte de enseñar a cuidar: "Conocer los estilos de aprendizaje para proponer estilos de enseñanza".....	234
12 Isla Pera,P:PROPORCIÓN DE CARGA ASISTENCIAL GENERADA POR LA DIABETES MELLITUS (DM) EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS).....	236
13 Meneses-Jiménez,Mª Teresa :Hemoderivados Y Donacion: Conocimiento Y Praxis Enfermera En El Complejo Hospitalario De Avila.....	238
17Pedraza Anguera, Ana M.; de Castro Pedraza Cristina;Bulling en la escuela ¿sólo bromas?.....	240
18 Noheda Recuenco, Milagros; Simarro Blasco, José Antonio :Estudio descriptivo sobre la inserción y/o retirada del catéter venoso permanente.....	242
20 Lizarbe Chocarro,Marta:Resultado de enfermería (NOC) "Tolerancia a la actividad" en pacientes sometidos a Crioplastia.....	244
21 Díez Díez,Beatriz:Valoración del nivel de conocimiento y cumplimiento de los protocolos para la prevención de la infección en la herida quirúrgica.....	246
24González Formoso,Clara:CONSUMO DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN LA POBLACIÓN INFANTOJUVENIL DE CHAPELA (PONTEVEDRA).....	248
26 Ramírez. M: IMPACTO DEL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE VALORACIÓN Y APOYO A DOMICILIO VIH,SIDA Y TBC DEL HOSPITAL UNIVER GREGORIO MARAÑÓN.....	250
28Mellado,Pilar:Efecto de una visita enfermera estructurada e individualizada en la ansiedad de los pacientes intervenidos de cirugía cardiaca con cir.....	251
29 Bernalte,Alvaro DR:EL PROGRAMA DE ENFERMERÍA DE ENLACE EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA DEL CAMPO DE GIBRALTAR.....	253
30 Lizarbe Chocarro,Marta :Satisfacción y calidad de vida en pacientes portadores de reservorio venoso vascular periférico. ....	255
31 Noheda Recuenco, Milagros; Simarro Blasco, José Antonio:Supervivencia al año en el infarto agudo de miocardio.....	257
32 Martínez Lareo,Montserrat: Cuidado de catéteres venosos en una unidad de cuidados intensivos .....	258
33 Portillo Vega,Mº Carmen: Evaluación de un programa de rehabilitación social de enfermería implantado con pacientes neurológicos y sus cuidadores.....	260
35 Palmar Santos AM:La parte por el todo. Un análisis sobre la corporeidad en pacientes trasplantados de corazón .....	262
36Guerrero Martin ,J:Valoración del grado de adecuación de actividades formativas propuestas en EpS entre los profesionales sanitarios de Extremadura.....	264
39 Sánchez,Mª del Rosario: El seguimiento de la actividad enfermera en el Campo de Gibraltar.....	266
40 Robledo Martín,Juana: Las decisiones de las mujeres maltratadas: ¿qué factores influyen?.....	268
41 Bayón Cabeza,M:Proyecto de Actualización en Enfermería de Atención Primaria para profesionales de reciente incorporación en el Área 7 de Madrid.....	270
42 Gala León,F.J: Los Profesionales de Enfermería (P.E.) ante la Clonación Humana.....	272
44González Rubio,Mª José: Conocimientos y Actitudes del personal de enfermería en Atención Primaria y Especializada sobre las Voluntades vitales anticipadas (VA).....	274

45 González Rubio, M <sup>a</sup> José: Efectividad de un programa de intervención comunitaria para facilitar la cumplimentación de las Voluntades Vitales Anticipadas (VAs) .....	276
46 Serdà Ferrer, Bernat-Carles: "Evaluación de los efectos de un programa de ejercicio físico, sobre la calidad de vida en enfermos de cáncer de próstata." .....	278
51 Fernández Díaz, M <sup>a</sup> Angeles: Enseñar o Aprender. A.B.P. vs Aprendizaje tradicional.....	280
53 Cidoncha, M <sup>a</sup> Angeles: EVOLUCIÓN DE LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA POBLACIÓN.....	282
56 Pujades, M Clar: <b>Intervención grupal en incontinencia urinaria en atención primaria.....</b>	<b>284</b>
57 García J, Lara A: ABORDAJE RADIAL EN EL CATETERISMO CARDIACO: ¿ES SEGURO SU USO EN PACIENTES DEL ÁMBITO RURAL?.....	286
59 Dela Torre Montero, E: PROYECTO DOLOX: DE LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA A LOS CUIDADOS MÉDICOS.....	287
60 M.C. Folguera Álvarez: REGISTRO EN OMI-AP DE LA VALORACIÓN DE LOS PIES EN PACIENTES CON DIABETES DE UNA ZONA BÁSICA DE SALUD .....	289
61 Bernalte, Alvaro: Inicio de la revisión de dos años de investigación sobre la enfermería de enlace.....	290
63 Herrera-Espiñeira, C: EFECTO DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN TELEFÓNICA TRAS EL ALTA HOSPITALARIA .....	292
64 Godall, María: Detección de las necesidades alteradas de la población inmigrante en Atención Primaria.....	294
65 Gómez Romero, Irma Elisa: "CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LOS PACIENTES CON FRACTURAS DE CADERAS DE HUELVA CAPITAL".....	296
66 Albar Marín, M <sup>a</sup> Jesús: Gestión del conocimiento de los profesionales de enfermería del Área Hospitalaria Virgen Macarena .....	298
68 M. Rizo, A: La toma de muestra para el cribado neonatal. Un problema sin resolver.....	300
69 Serrano Molina, Lucía; Nieto Blanco, Esther: Análisis de la autoobservación enfermera en la práctica de la visita domiciliar en Atención Primaria.....	302
70 Sebastián Viana T, Alcolea Cosín MT, Oter Quintana C: La comunicación en la formación pregrado.....	303
72 Casas Baroy, J.C: Capacitar a los alumnos para trabajar en cuidados basados en la evidencia científica.....	305
73 Castaño Sánchez, Y: Análisis de diferencias y correlación entre diferentes instrumentos de medida de la presión arterial.....	307
74 Velázquez González, Rosario: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE CUIDADOS DESDE LA PERSPECTIVA DE NIÑOS DE LA UNIDAD DE PRESCOLARES Y ONCO-HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA.....	309
75 Álvarez Leiva, M <sup>a</sup> Isabel: EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA DEL HOSPITAL U.V. MACARENA EN LA CALIDAD DE VIDA DE SUS USUARIOS.....	311
77 Meiremar Cardoso dos Santos: Hostigamiento psicológico y síntomas de estrés en una muestra de profesionales de enfermería brasileña .....	313
78 Álvarez Sánchez, Sonia: "LA IMPORTANCIA DE UN REGISTRO DETALLADO".....	315
80 Quispe Mendoza, Isabel Yoana; LA IMPORTANCIA DE UN REGISTRO DETALLADO".....	317
81 Ramos, M: Desencadenantes de consulta al médico ante síntomas de cáncer colorectal y percepción del proceso diagnóstico.....	318
82 Rodríguez Martín, C: MOTIVACIÓN DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS PARA MODIFICAR SUS ESTILOS DE VIDA.....	319
84 Bustamante Andrade, María Fabiola: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE SISTEMAS DE VALIDACIÓN EN PROCESOS DE ESTERILIZACIÓN, EN CLÍNICA ODONTOLÓGICA DOCENTE ASISTE.....	321
85 Domínguez Gil, M <sup>a</sup> Del Rosario, Acosta Mosquera, M <sup>a</sup> Eugenia: Evaluación del Estado de Salud percibido de los cuidadores de las pacientes intervenidas de cáncer de mama en el Hospital V. Macarena .....	323
86 Goberna Tricas, Josefina: LA IMAGEN FETAL Y SU SIGNIFICADO EN LOS CONTROLES ECOGRÁFICOS DURANTE EL EMBARAZO.....	325
89 Bayón Cabeza, M: Proyecto de Mejora de Cartera de Servicios del Área 7 de Atención Primaria de Madrid.....	327
90 Tahere Salimi: The assessing of B.M.I. in nursing student & related factor .....	328
91 Esmaeili, Homayon Esmaeili: The Study of quality of Life In after bypass surgery in Kermanshah, Iran in 2006.....	329
93 Katayon Esmaeili, Fatemeh Ahmady: The study of knowledge of nurses about Hazard of Radiology in Their work place in Kermanshah in 2004.....	330
94 Temple, Beverly: Students' Attitudes Towards People with Intellectual Disabilities.....	331
95 Kalafati Maria*: AN EVALUATION OF A PILOT TEACHING INTERVENTION REGARDING CLINICAL GUIDELINES IN GREEK ICU NURSES .....	333
96 Khazai Nahid: A framework for implementing and evaluating complex healthcare interventions.....	335
97 Blackwood, Bronagh: A framework for implementing and evaluating complex healthcare interventions.....	336
98 Stamatopoulou Evagelia: AN EVALUATION OF A TEACHING INTERVENTION REGARDING SYNCHRONIZED ELECTRICAL CARDIOVERSION CLINICAL GUIDELINES IN GREEK CARDIAC NURSES.....	337

99 Tahere,Salimi - leili , Shahbazi : Vulnerability against stress in nursing students of Shahid Sadoughi University.....	339
100 Mohammadhasan , Dehghanpour ; Seyedali , Mirhosseini ;Abbas Rajabioun ,Tahere,Salimi leili , Shahbazi ; Farokhsoheil , Arshadi :The effects of education on quality of life in war victims .....	340
101 Hamid , Saheb;Tayebe,Salimi;Tahere,Salimi;Mohammadhasan , Dehghanpour:Healthy And High Risk Nutritional Behaviours Of School Age Children .....	342
102 Tahere,Salimi ;leili , Shahbazi ,Mohammadhasan ; Dehghanpour Sarafriz Abiari Ç;Tayebe Shahri :The Effects Of Newborn Resuscitation Workshop On Skills Of Nursing & Midwifery Staffs.....	343
104Leili Shahbazi; The assessing of obesity and overweighting& related factor in nursing staff .....	344
106Landeiro Lumini;Maria José:Patient Safety- The main causes of transcription errors.....	345
107 Antohe I:A STUDY ON NURSE STUDENTS SATISFACTION IN CLINICAL LEARNING PLACEMENTS.....	347
108 Fatemeh Daraby: The study of prevalence and risk factors and the rate of Myocardial infarction in patient in Kermanshah city in Iran.....	349
109 Eulália Novais, João Domingos, Patrícia Conceição, Vera Duque:How can I, person with chronic illness help you, nurse, to take care of me? The know-how of person with chronic illness.....	350
<b>110</b> Rocha, Amarílis Pereira; Rodrigues: How can I, person with chronic illness help you, nurse, to take care of me? The know-how of person with chronic illness .....	352
114 Pierce, Eleine; McClaren ,Susan:EVIDENCE-BASED PRACTICE IN ASSESSING SEVERE NEURO-DISABILITY. VALIDATION OF AN ASSESSMENT/INSTRUMENT .....	354
115 Jorge A. Delgado MSN : Critical Care Nurses' Attitudes Toward Euthanasia.....	356



*Textos de las Conferencias y Ponencias \**  
*Textos de las Conferencias y Ponencias \**  
*Texts of the Conferences and Papers*

\*Este libro de ponencias recoge íntegramente y fielmente los trabajos enviados por los autores. La organización no se hace responsable de las opiniones expresadas en ellos, ni de su contenido, ni de su formato, ortografía o gramática.

\*This book contains entirely and exactly texts sent by authors. The organisation is not responsible for the opinions expressed, nor the content or grammar .

## Mesa de comunicaciones 1(Bilingüe): Cuidadores principales/caregivers

<b>AUTOR/ES:</b> Margarita Rodríguez Pérez, Ana Abreu Sánchez
<b>TÍTULO:</b> Alteración de las necesidades básicas de las cuidadoras informales de ancianos dependientes
<b>TEXTO DEL TRABAJO:</b> Las personas mayores como consecuencia del envejecimiento, pueden sufrir pérdida de la capacidad física, psíquica o intelectual, así como padecer patologías crónicas que hace que necesiten ayuda para realizar las actividades de la vida diaria. A pesar de la dependencia, el anciano prefiere seguir en su domicilio, al cuidado de casi exclusivo de su familia, ya que el sistema sanitario formal sólo dispensa el 12% del tiempo de cuidado que requiere un anciano dependiente. El cuidado de los ancianos dependientes tiene un carácter femenino y doméstico, considerándose un trabajo de mujeres, socialmente esperado y no remunerado teniendo una escasa valoración social. Las cuidadoras realizan múltiples tareas que suplen la dependencia de los ancianos en sus actividades diarias, caracterizándose por la continuidad y la demanda a lo largo de los días. Cuidan sin ayuda, ya que utilizan poco los servicios sociales, bien porque no existen o por desconocimiento. Diferentes estudios evidencian que las cuidadoras sufren una elevada carga física y mental alterándose su vida, denominándose síndrome del cuidador”(1). La North American Nursing Diagnosis Association clasifica como etiqueta diagnóstica el “cansancio del rol de cuidador” Es objetivo de la enfermera, como miembro del equipo de atención primaria, prestar cuidados al anciano y a la familia, guiados desde la óptica de una metodología propia. Para ello es fundamental desarrollar e implementar instrumentos propios, que midan las alteraciones en la salud de los cuidadores y que orienten las posteriores intervenciones al dúo cuidador-anciano. La mayoría de los estudios sobre el síndrome del cuidador se han llevado a cabo desde otras disciplinas. Existen pocas publicaciones que reflejen un enfoque enfermero del cuidar y de las repercusiones en la salud de las cuidadoras. <b>OBJETIVOS.</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Conocer la características sociodemográficas de las personas cuidadas y de los cuidadores principales.</li><li>- Identificar si existe alteración de las necesidades de las cuidadoras informales.</li><li>- Sugerir, en función de los hallazgos, líneas de actuaciones enfermeras</li></ul> <b>MATERIAL Y METODO.</b> Estudio observacional descriptivo transversal, a ancianos y cuidadores informales de ancianos dependientes incluidos en el Programa de Visitas Domiciliaria de la Zona Básica de Salud Molino de la Vega (Huelva). Se incluyeron los cuidadores principales de personas del programa que llevaban más de tres meses cuidando, no percibían ninguna remuneración por cuidar y fueron identificados como cuidador principal en el caso de compartir los cuidados. De un total de 55 cuidadores que en ese momento cumplían los criterios de inclusión, la muestra quedó formada por 34 sujetos. Perfil ancianos. El 76,5% de los ancianos del estudio eran mujeres, con una edad media de 83,38+9,18 años y son cuidados desde hace una media de 77+ 61,19 meses. En cuanto a la dependencia para las actividades básicas de la vida diaria y según el índice de Barthel, el 41,2% presentan dependencia total y el 32,4% dependencia severa. La puntuación obtenida para las actividades instrumentales de la vida diaria y según el índice de Lawton es de 0 para el 73,5%. Perfil cuidadoras. El 94,1% de los cuidadores informales eran mujeres, el 73,5% son hijas y 11.8% cónyuges. Con 55 años de edad media, el 61,8% tenían estudios primarios completos. El 20,6% trabajan fuera del hogar y el 94,1% de las cuidadoras conviven con la persona cuidada. Llevan cuidando una media de 70,5+50,19 meses, el 67,6% no recibe ninguna ayuda para realizar las tareas domésticas y el 82,4% de las cuidadoras cuidan al anciano el día entero. <b>VARIABLES E INSTRUMENTOS</b> 1)Para medir el nivel de dependencia de los ancianos, se utilizó el índice de Barthel(actividades básicas de la vida diaria) y el índice de Lawton (actividades instrumentales). El I. de Barthel es una escala validada formado por diez actividades de la vida diaria y cinco niveles de

puntuación (0 a15). Estas actividades se van puntuando según la necesidad de ayuda de la persona cuidada. El resultado va de 0 (totalmente dependiente) a 100 (autónomo). El Í. de Lawton consta de 8 ítems con cuatro posibles respuestas de las cuales sólo puede responderse una, a la que se le asigna un valor de 1 o 0. Los valores obtenidos oscilan entre 0 puntos (máxima dependencia) y 8 puntos (independencia total).

2) Variables sociodemográficas de la cuidadora, cuidados y repercusiones en la salud de las cuidadoras se recogieron utilizando el ICUB97. El cuestionario ICUB97 (2) basado en el modelo conceptual de Virginia Henderson, consta de tres partes: Perfil de la persona dependiente y datos sociodemográficos de la cuidadora principal, cuidados que presta la cuidadora para ayudar a la persona dependiente en la satisfacción de sus necesidades fundamentales y repercusiones por el hecho de cuidar. Los ítems se responden de forma afirmativa o negativa y no existe un sistema de puntuación total, sólo se cuantifica el número de ítems con respuesta afirmativa.

#### RESULTADOS.

A continuación mostramos los resultados obtenidos en el estudio con respecto a la satisfacción de las necesidades básicas de las cuidadoras:

Necesidades que presentan porcentajes más bajos de respuesta afirmativa -----  
oxigenación, nutrición, eliminación, vestirse y desvestirse, termorregulación y vivir según sus creencias

Necesidades con porcentajes más altos de respuesta afirmativa; comunicarse. El 55,9% ven alterada sus relaciones sociales, el 52,9 % se siente deprimido y el 26,5% tienen dificultad para expresar sus sentimientos. Movimiento. El 41,2% practican menos actividad física, un 70,6% tiene dolor de espalda y el 41,2% toman analgésicos. Descanso y sueño. El 47,1% están más cansados, el 35,3% se despierta a menudo, el 23,5 % duermen menos. Higiene y protección de la piel. El 55,9% dedica menos tiempo al cuidado personal. Evitar peligros. Sólo el 1,8% hacen periódicamente controles de salud, y el 17,6% utilizan medidas de protección. La ansiedad y la irritación afecta al 55,9% y el 35,3% toma fármacos para dicha ansiedad. Trabajar y realizarse. Del 20,6% de cuidadoras que trabajan fuera del hogar el 23,5% ha adaptado su trabajo para poder cuidar, el 14,7% ha tenido que dejar el trabajo y el 14,7% dice tener dificultades para promocionarse. En cuanto a la vida familiar, el 44,1% ha sufrido alteraciones en las relaciones familiares. Recreación. El 82,4% de las cuidadoras tienen menos tiempo libre desde que cuidan y el 58,8% ha tenido que modificar sus actividades de ocio. Aprender. Un 79,4% no necesita aprender conocimientos y/o habilidades para cuidar.

#### DISCUSIÓN

Los resultados sobre el perfil de los ancianos del estudio coinciden con otros estudios (3) La provisión de cuidados a la salud de los ancianos proviene de la familia y concretamente de una mujer de la familia; al igual que en otras investigaciones (4,5). El parentesco con la persona cuidada es el de hijas y esposas, siguiendo la tradición social y cultural que responsabiliza del cuidado a las mujeres (6-10). Sin embargo existe una desigualdad social que afecta a las mujeres de menos nivel educativo y niveles socioeconómicos bajos, en realidad son ellas las que marcan el perfil de las cuidadoras informales(11)

Cuidan con poca ayuda a ancianos con alto nivel de dependencia que necesitan muchos cuidados durante todo el día. Diferentes estudios muestran como el nivel de estudios está relacionado positivamente con las estrategias de afrontamiento y con la búsqueda de información sobre el cuidado y la enfermedad del mayor (12)

Coincidiendo con otros estudios(13,14) las cuidadoras tienen menos tiempo libre y como consecuencia han disminuido sus relaciones sociales y sus actividades de ocio. Las relaciones sociales son una válvula de escape que puede facilitar la expresión de sentimientos. Del mismo modo la relación de pareja se ve afectada llegando a tener problemas sexuales a veces por falta de intimidad.

Los cuidados que prestan les obligan a realizar esfuerzos físicos continuados que redundan en lumbalgias, necesitando tomar analgésicos para disminuirlo. La dificultad para dejar a los mayores les lleva a practicar menos actividades físicas, muy recomendables para disminuir las molestias musculares que aparecen por el esfuerzo.

Las cuidadoras dicen sentirse deprimidas, ansiosas e irritadas, los datos son coincidentes con otros estudios(15-17) El demandante cuidado diario además del tipo de cuidado, provoca en la cuidadora una sobrecarga que le lleva a vivir estos sentimientos. Éste hecho puede incrementarse cuando además la cuidadora convive con el anciano; por un lado porque no existe desconexión en todo el día y por otro lado va a influir la calidad de la relación.

Suelen estar cansadas ya que además del cuidado durante el día deben vigilar al mayor durante la noche careciendo de un sueño reparador.

Dedican poco tiempo al cuidado personal y su cambio de imagen junto a otros factores ligados al cuidar puede llegar a provocar baja autoestima.

Son muy pocas las cuidadoras que buscan tiempo para sus controles periódicos de salud, el hecho de acudir al médico puede suponerles tener que buscar a alguien que cuide del mayor y no acuden.

La mayoría de las cuidadoras del estudio no trabajan fuera de casa, resultado congruente si consideramos que la incorporación de la mujer al trabajo es relativamente reciente y teniendo en cuenta la edad media de las cuidadoras. Pero no podemos pasar que por el hecho de cuidar algunas de ellas han debido adaptar o dejar su trabajo. Cuidar a un anciano dependiente es un factor que puede determinar la posibilidad de acceder a un trabajo fuera del hogar (18,19)

#### RECOMENDACIONES

La permanencia en el hogar de los ancianos dependientes es un objetivo deseable, pero sin generar sobrecarga en la persona que cuida. La enfermera en la visita domiciliaria debe prestar atención a la cuidadora como cliente, obteniendo beneficios para ella y el mayor cuidado.

Debemos trabajar con instrumentos enfermeros: un sistema de valoración integral del mayor y la cuidador así como escalas que valoren el perfil de la cuidadora en la tarea de cuidar, de forma que apliquemos intervenciones específicas que eviten la aparición del cansancio..

#### BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Flórez J.A, Adeva J. Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos. Atención Primaria .1997; 53 (1218): 53-64.
- 2.- Fuentelsaz C, Roca M, Ubeda I, García L, Pont a, López R, Pedreny R, Oriol BSc. Validation of a questionnaire to evaluate the quality of life of nonprofessional caregivers of dependent persons. Journal of Advanced Nursing. 2001; 33: 548-554.
- 3,4,7,13,18.-García M<sup>a</sup>M, Mateo I y Gutiérrez P. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Investigación cuantitativa (Monografías EASP, 37) Granada.1999.Escuela Andaluza de Salud Pública.
- 5,16. Frías A y Pulido A. Cuidadores familiares de pacientes en el domicilio. Index de Enfermería. 2001;34: 27-32.
- 6.-Zabalegui A, Juandó C, Sáenz A, Ramirez A, Pulpón A., López L, et al.. El cuidador informal de personas mayores de 65 años en España. 2004.
- 8.- Escuredo B, Díaz E, Pascual O. Cuidadores informales. Necesidades y ayudas.Rol de enfermería. 2001;24(3):
- 9,19.Mendoza,I, RevillaC, Feria A, Barbero M, Bernal JM. La calidad de vida de los mayores y sus cuidadores. Estudio de la zona de salud "Los Rosales "de Huelva. 2004
- 10.- Chappell N, Colin R. Burden and well-being among caregivers: examin in the distinction.Gerontologist. 2002;42 (6):772-780.
- 11.- García MM, Mateo I, Eguinguren A. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Gaceta Sanitaria. 2004;18 (1):132-139.
- 12.- Abengoza MC, Serra D. Empleo de estrategias de afrontamiento en cuidadoras familiares de ancianos con demencia. Revista Española de Geriatria Gerontología. 1997;32(5):257-269.
- 14.-Roca M, Ubeda C, Fuentesalz C, López A, Pont L, García L y Pedreny R. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. Atención Primaria.2000;26: 53-67.
- 15.-Pérez J.M, Abanto J, Labarta J. El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo. Atención Primaria.1996; 18:194-202
17. Ubeda I, Roca M, García L. Presente y futuro de los cuidados informales. Enfermería clínica. 2000;8: 30-35.

**AUTHOR/S:**

Hasson, F., McKenna, H.P., Sinclair, M., Ryan, A., Keeney, S., Wakefield, A. Spilsbury, K. & Dobbs, F.

**TITLE:**

Are student nurses prepared to work with health care assistants?

**TEXT:**

**Objective:** Internationally the composition of the healthcare workforce has changed in response to policy and economic imperatives which have had repercussions for the delivery of care. For example, chronic staff shortages have resulted in the growth in the role of unqualified health care assistant, employed to assist the registered professional deliver patient care. Internationally, this role has no definitive title; however the predominant designation used in the United Kingdom (UK) is health care assistant (HCA). In the UK, there has never been any formal training, legislative recognition, or regulation associated with this type of worker (1). When a registered professional delegates a task to an assistant they remain accountable, therefore for each situation they must consider the patient's condition, the complexity of the activity, the assistant's capabilities and the amount of supervision the nurse will be able to provide (2-3). Registered nurses therefore must be trained and skilled in delegating and supervising unqualified health care assistants. However, research findings from the United States suggested that registered nurses lack the education needed to work with lesser skilled workers in patient care delivery and newly graduated nurses are concerned about the delegation process (4-7). While unqualified HCAs are considered a vital part of the nursing team, it is unclear if an educational and clinical training is equipping pre-registration nursing students with these skills. This paper reports on undergraduate student nurses' level of preparation when working with HCAs. It is part of a large scale project that investigated undergraduate student nurses' perceptions of the role of health care assistants and how this affects their clinical learning.

**Method:** For the purpose of this study a mixed method multi-strand sequential transformative research design has been adopted (8). A mixture of qualitative and quantitative data was collected using focus groups (n=32), interviews (n=13) and a questionnaire distributed to 650 pre-registration nursing students at one university. The questionnaires were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (Version 11) and qualitative data were analysed using content analysis employing Miles & Humberman (9) guidelines. Ethical approval was gained from the University of Ulster Nursing Ethics Filter Committee and permission sought from relevant education managers.

**Findings:** The questionnaires provided a 67% (n=439) response rate. The findings suggest that while most students were familiar with the HCA role, their education programme did not prepare them to work with HCAs. Moreover, 65% were not being taught to delegate to or to supervise HCAs. Participants felt that both clinical mentorship and class room education failed to prepare them to work with this level of worker. As students were not informed about the HCA role they did not know what tasks they should and should not delegate. This lack of preparation was perceived to be a hindrance to meeting the goals of clinical learning, to understanding the dynamics within the nursing hierarchy, to being accepted within the nursing team, and to the reporting of poor patient practices.

**Conclusion:** This study has highlighted the students' lack of formal preparation to work alongside HCAs. As this was a small scale investigation, involving one educational institution the findings may not be representative of student nurses in other countries and other health care systems. However, the results of this study are supported by national and international research. Whilst delegation is an essential component of client care and management of nursing, this study's findings raise a number of challenges for nurse educators, service providers, policy makers and regulators, particularly in relation to the acquisition of skills.

**BIBLIOGRAPHY:**

1. Spilsbury K, Meyer J. Use, misuse and non-use of health care assistants: understanding the work of health care assistants in a hospital setting. *Journal of Nursing Management* 2004; 12: 411-418.
2. Fisher, M. Do your nurses delegate effectively? *Nursing Management*. 1999;30(5):23-25.
3. Nursing & Midwifery Council. Code of Professional Conduct. London; Nursing and Midwifery Council; 2002.
4. Sovie MD, Redesigning our future: whose responsibility is it? *Nursing Economics*. 1990; 8(1): 21-26.
5. Conger M, Delegation decision making. *Journal of Nursing Staff Development*.1993; 9(3): 131-135.
6. Parsons L, (1997) Delegation decision making evaluation of a teaching strategy. *Journal of Nursing Administration*. 1997; 27(2): 47-52.
7. Thomas S, Humer G, Delegation competencies: beginning practitioners' reflections. *Nurse Educator*. 1998; 23(1): 38-41.
8. Tashakkori A, Teddlie C. Handbook of mixed methods in social and behavioral research. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2003.
9. Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis. 2nd ed. Newbury Park: Sage Publications; 1994.

## Mesa de comunicaciones 2(Español):cuidados de salud en el Cáncer

### AUTOR/ES:

M<sup>a</sup> del Rosario Domínguez Gil, M<sup>a</sup> Eugenia Acosta Mosquera, M<sup>a</sup> Jesús Albar Marín, Inmaculada Méndez Martín, Isabel Maestre Ramos, Marcela Frutos Cantó, Caridad Pedrote Ramírez.

### TÍTULO:

"Evaluación de la Calidad Asistencial y de Vida de las pacientes intervenidas de cáncer de mama en el Hospital Virgen Macarena".

### TEXTO DEL TRABAJO:

#### INTRODUCCIÓN:

Una de las preocupaciones de la investigación actual en Oncología es determinar el impacto que la enfermedad y su tratamiento tienen en la Calidad de Vida de los usuarios y conocer aquellos factores que pueden facilitar un afrontamiento efectivo (1). Ambos aspectos adquieren una especial relevancia en el caso de las pacientes intervenidas de cáncer de mama (2-3), en las que la amenaza a la propia existencia, el sentimiento de incertidumbre, los cambios corporales después de la cirugía, y las repercusiones que este proceso pueda tener en la vida sociofamiliar y laboral son consecuencias que pueden comprometer seriamente su bienestar. (4-5).

También se ha documentado en la literatura la elevada prevalencia de disfunciones psicológicas como fatiga, ansiedad, disminución de las facultades cognitivas, problemas a la hora de retomar las relaciones sexuales y temores relacionados con las posibilidades de supervivencia (6-8). Estos trastornos, en la mayoría de los casos, podrían aliviarse con una intervención temprana por parte de los profesionales. De ahí la importancia de su implicación para atender las necesidades de estas pacientes desde una perspectiva global, que incluya las dimensiones física, psicológica y social (6-8).

Partiendo de esta base, y en el marco de actuación del Plan Asistencial del Paciente Oncológico, propuesto por el Sistema Sanitario de Andalucía (9), un grupo de profesionales nos hemos planteado la necesidad de evaluar, por una parte la Calidad de Vida de las pacientes intervenidas de cáncer de mama en el Hospital Universitario Virgen Macarena, y por otra, la evaluación que realizan de la Calidad Asistencial que se les presta durante la hospitalización y en el seguimiento de la Consulta de Enfermería Postquirúrgica de Ginecología y Obstetricia.

#### OBJETIVOS:

- Evaluar la Calidad Asistencial de las pacientes intervenidas de cáncer de mama en el Hospital Universitario Virgen Macarena, y medir la satisfacción con la atención recibida.
- Evaluar la Calidad de Vida de las pacientes intervenidas de cáncer de mama en el Hospital Universitario Virgen Macarena.

#### MÉTODOS:

Diseño: Estudio descriptivo, mediante técnicas cuantitativas.

Ámbito: Unidad de Gestión Clínica de Ginecología y Obstetricia, y Consulta de Enfermería Postquirúrgica de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Virgen Macarena.

Sujetos de estudio: Se han incluido 71 pacientes, que han sido seleccionadas mediante un muestreo consecutivo, de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión: acceder a participar voluntariamente en el estudio, no padecer déficit sensoriales ni cognitivos.

#### Instrumento:

- Para realizar la recogida de la información sobre la evaluación de la Calidad Asistencial, se diseñó un cuestionario ad hoc que incluía cinco de las dimensiones del modelo SERVQUAL (10). Estas dimensiones son: tangibilidad (presentación y aspecto de las instalaciones y el personal, la limpieza, el aseo), fiabilidad (habilidad para desempeñar el puesto con seguridad y precisión, a tiempo y siempre de la misma manera), capacidad de respuesta (buena disposición del profesional para

ayudar al usuario, habilidad de favorecer la recuperación), seguridad (cualidades del personal con respecto al conocimiento, la cortesía, la responsabilidad y la confianza en uno mismo), y empatía (capacidad de prestar cuidados individualizados al usuario, favorecer la accesibilidad, promover la sensibilidad, esfuerzo por ponerse en el lugar del otro).

- Para la recogida de la información sobre la Calidad de Vida de las pacientes se ha utilizado la versión española del cuestionario SF36 (11). Se trata de un cuestionario autoadministrado que a través de sus 36 ítems analiza la salud contemplando las perspectivas física, psicológica y social. Ello lo realiza a través de las nueve áreas de análisis que incluye: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud me

Recogida de la información: Los cuestionarios, se les entregaban a las pacientes durante las sesiones de educación sanitaria que la enfermera de la consulta postquirúrgica habitualmente imparte en las instalaciones del hospital. Durante éstas, se les explicaba la finalidad del estudio y se les invitaba a participar. Las pacientes completaban los cuestionarios en sus domicilios y los devolvían una vez cumplimentados, al acudir a la siguiente revisión en la consulta de enfermería. Los cuestionarios se devolvían en sobres cerrados para preservar el anonimato de las participantes.

Aspectos éticos: Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética del centro, y en todos los casos, se requirió el consentimiento verbal de las participantes.

Análisis de la información: El análisis de la información se ha realizado con el programa estadístico SPSS versión 13.0.

#### RESULTADOS:

- Datos sociodemográficos: La media de edad de las pacientes era de 52,36 años (DT=12,382), tenían pareja en un 52,1% de los casos, y una media de hijos de 2,46 (DT=1,264). Un 50,7% de las pacientes eran amas de casa, y en un 47,9% de los casos habían cursado estudios primarios. Respecto al tipo de cirugía, en un 70,4% de los casos se les había practicado una mastectomía y linfadenectomía, y en cuanto al tipo de tratamiento un 42,3% había recibido quimioterapia asociada a radioterapia.

- Dimensiones de Calidad Asistencial: En una escala de 1 a 6, siendo 6 la máxima puntuación se obtienen las siguientes puntuaciones medias: la empatía obtiene 5,021 (DT=0,834), la capacidad de respuesta 4,79 (DT=0,6357), la fiabilidad 4,097 (DT=1,291), la seguridad 4,739 (DT=0,671), y la tangibilidad 4,159 (DT=0,768). La media del nivel de satisfacción era de 3,09 (DT=0,639).

Tras explorar los datos para comprobar la normalidad de las variables, se realizó el test t de Student, para determinar la relación entre la variable satisfacción y las cinco dimensiones del modelo SERVQUAL. Se observan diferencias estadísticamente significativas, en las dimensiones fiabilidad ( $t=-1,946$ ;  $p<0,005$ ), seguridad ( $t=-2,960$ ;  $p<0,005$ ), capacidad de respuesta ( $t=-3,416$ ;  $p<0,001$ ), y empatía ( $t=-3,484$ ;  $p<0,001$ ).

- Variables del cuestionario de Calidad de Vida SF-36: De acuerdo con la escala de corrección que incluye el cuestionario, se han obtenido las siguientes puntuaciones medias: la función física 2,376 (DT= 0,442), el rol físico 1,478 (DT=0,460), la salud mental 3, 893 (DT=1,203), el rol emocional 1,507 (DT= 0,534), la vitalidad 3,658 (DT= 1,303), el dolor corporal 3,535 (DT=1,339), la salud general 3,323 (DT=0,751), y la función social 3,781(DT=1,157).



#### 4. CONCLUSIONES:

- En base a los resultados obtenidos en el cuestionario basado en el modelo SERVQUAL, se concluye que, en la mayoría de los casos, las pacientes intervenidas de cáncer de mama en el Hospital Universitario Virgen Macarena, presentan altos niveles de satisfacción con la Calidad Asistencial recibida durante la hospitalización y el seguimiento en la consulta de enfermería; destacando, la empatía de los profesionales, su capacidad de respuesta y su fiabilidad.
- Por otra parte, en base a los resultados del cuestionario SF-36, se observa que, en la mayoría de los casos, las pacientes intervenidas de cáncer de mama en el Hospital Universitario Virgen Macarena, presentan tras el tratamiento y la cirugía, una gran afectación en las áreas relativas a su salud física y emocional, que condicionan negativamente sus relaciones familiares, sociales y laborales. En consecuencia, es necesario planificar las intervenciones de enfermería de la consulta postquirúrgica, en base a las áreas que han sido detectadas como más deficitarias.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Dow KH, Ferrell BR, Haberman MR, Eaton L. The meaning of quality of life in cancer survivorship. *Oncol Nurs Forum*. Apr 1999; 26(3): 519-28.
2. Malin JL; Schuster MA; Kahn KA; Brook RH. Quality of Breast Cancer Care: What Do We Know? *Journal of Clinical Oncology*. Nov 2002; 20(21): 4381-93.
3. Ganz PA; Kwan L; Stanton AL; Krupnick JL; Rowland JH. Quality of life at the end of the primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. *Journal of the National Cancer Institute*. Mar2004;(3):96
4. Petrie W; Logan J; DeGrasse C. Research review of the supportive care needs of spouses of women of breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. Nov-Dec 2001; 28(10): 1601-7.
5. Mellon S. Comparisons between cancer survivors and family members meaning of the illness and family quality of life. *Oncol Nurs Forum*. Aug 2002; 29(7): 1117-25.
6. Barsevick AM; Sweeney C; Haney E; Chung E. A systematic qualitative analysis of psychoeducational interventions for depression in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2002; 29(1): 73-84.
7. Kornblith AB, Ligibel J. Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer. *Semin Oncol*. Dec 2001; 30(6): 799-813.
8. Broeckel JA y col. Sexual functioning in long-term breast cancer survivors treated with adjuvant chemotherapy. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2002; 75:2
9. Plan Integral de Oncología en Andalucía 2002-2006. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla. 2002.
10. Parasuraman A, Berry LA, Zeithaml V. SERVQUAL: a multiple item scale for measuring consumer perception of service quality. *J Retail* 1988; 64: 12-37.
11. Cuestionario de Salud SF-36. Version española. Copyright Medical Outcomes Trust 1995.

**AUTOR/ES:**

San Martín Rodríguez, L., D'Amour, D., & Leduc, N.

**TÍTULO:**

Los efectos de la colaboración interprofesional en los pacientes hospitalizados en las unidades de oncología y hematología

**TEXTO DEL TRABAJO:****INTRODUCCIÓN**

En las últimas décadas, la colaboración entre los profesionales de la salud se ha convertido en un elemento clave de la organización del trabajo en las organizaciones sanitarias. La colaboración interprofesional en los equipos de salud supone el desarrollo de "una acción colectiva a través de una información y una toma de decisiones compartidas" (1). Del desarrollo de esta colaboración interprofesional se espera la obtención de resultados positivos para todas las partes implicadas en el proceso: los pacientes, los profesionales y las propias organizaciones de salud (2).

Sin embargo, a pesar de esta eficiencia que se le atribuye a la colaboración interprofesional y a pesar de los esfuerzos de los gestores y los profesionales por desarrollar un trabajo en colaboración dentro de las organizaciones sanitarias, hay pocos estudios que evalúen empíricamente los resultados del trabajo en equipo sobre los pacientes (3, 4).

Uno de los contextos en los que se hace cada vez más evidente la necesidad de trabajar en colaboración interprofesional es el contexto de la oncología (5). Las múltiples necesidades que presentan los pacientes oncológicos hacen necesario un abordaje interdisciplinar, que contemple todas las dimensiones del paciente que son afectadas por la enfermedad.

El principal objetivo de este estudio es evaluar los efectos de la intensidad de la colaboración interprofesional sobre los pacientes hospitalizados en las unidades de oncología y hematología.

**HIPÓTESIS**

Las hipótesis del estudio son cuatro:

H1: Los pacientes tratados por los equipos que colaboran más están más satisfechos con la atención que reciben, que los pacientes que son tratados por los equipos que colaboran menos.

H2: Los pacientes tratados por los equipos que colaboran más presentan una menor incertidumbre (con respecto a su enfermedad, tratamiento y hospitalización) que los pacientes que son tratados por los equipos que colaboran menos.

H3: Los equipos que colaboran más, gestionan adecuadamente el dolor de un porcentaje mayor de pacientes, en comparación a los equipos que colaboran menos.

H4: La estancia media de los pacientes tratados por los equipos que colaboran más es menor que la estancia media de los pacientes que son tratados por los equipos que colaboran menos.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se ha realizado un estudio comparativo ("natural experiment") con una muestra de 312 pacientes (alfa = 0,05, potencia = 80% y  $\Delta = 0,15$ ) pertenecientes a 4 equipos de oncología y hematología de un hospital universitario español.

Los instrumentos de medida para las diferentes variables del estudio son los siguientes:

1) Escala de la intensidad de colaboración interprofesional (6) para evaluar la intensidad de la colaboración desarrollada en los equipos. Esta escala está formada por 16 ítems evaluados según una escala Likert con un gradiente de 5 puntos.

2) Versión española del cuestionario "Press Ganey Inpatient Survey" (7), para medir la satisfacción de los pacientes. Este cuestionario consta de 34 ítems evaluados con una escala Likert de 5 puntos.

3) Versión española de la "Mishel Uncertainty in Illness Scale" de Mishel (8), para evaluar el grado de incoherencia de la información que reciben los pacientes. Esta escala consta de 29 ítems evaluados con una escala Likert de 5 puntos.

4) "Pain Management Index" de Cleeland y colaboradores (9), para evaluar la adecuación de la gestión del dolor del paciente. Este índice pone en relación el nivel de dolor experimentado por el paciente con el nivel de analgésicos prescritos, dando un resultado dicotómico: buena adecuación o mala adecuación.

5) Cuestionario sociodemográfico y datos informatizados: para recoger la información concerniente a la duración de la estancia en el hospital, así como la información sobre las siguientes variables de control: número de comorbilidades, estadio de la enfermedad, GRD, informe a la unidad del dolor, tipo económico, tipo de habitación, nivel de educación, auto-percepción del estado de salud, hospitalizaciones previas y el motivo del ingreso.

El análisis de los datos se ha realizado mediante análisis de varianza (ANOVA) y de covarianza (ANCOVA), utilizando modelos tipo III, ya que el tamaño de la muestra de pacientes para cada equipo era distinto (10). El nivel crítico se ha situado en 0,05. En el caso de detectar un efecto de interacción, las comparaciones se han realizado mediante el procedimiento de Bonferroni. La adecuación de los modelos se ha determinado con ayuda de los gráficos y test habituales (10)

## RESULTADOS

Para la primera hipótesis (H1), los resultados de los análisis muestran la existencia de una interacción triple, que revela diferencias significativas únicamente en un sub-grupo de pacientes: pacientes con estudios universitarios y que perciben su salud como regular, mala o muy mala. En este sub-grupo de pacientes, la diferencia de satisfacción entre los que han sido tratados por los equipos con "alta intensidad de colaboración" y los que han sido tratados por los equipos con "baja intensidad de colaboración" es de 0,501 (CI 95%: 0.286-0.715).

En lo que se refiere a la segunda hipótesis (H2), los resultados muestran que la media de incertidumbre de los pacientes que han sido tratados por los equipos con "alta intensidad de colaboración" es 0.138 puntos menor (CI 95%: 0.002-0.275) que para los pacientes que han sido tratados por los equipos con "baja intensidad de colaboración" ( $F(1, 302) = 3.985; p = 0.047$ ).

Por otro lado, para la tercera hipótesis (H3), los resultados indican que los equipos que desarrollan una "alta intensidad de colaboración" gestionan adecuadamente el dolor de un 92.6% de pacientes (CI 95%: 87.9%-97.3%), mientras que este porcentaje desciende significativamente hasta 82.7% (CI 95%: 76.3%-89.2%) cuando los equipos desarrollan una "baja intensidad de colaboración".

Por último, en lo que se refiere a la cuarta hipótesis (H4), los resultados de los análisis muestran que no existen diferencias significativas ( $t = 1,535; p = 0,217$ ) en la duración de la estancia hospitalaria entre el grupo "alta colaboración" y "baja colaboración".

## DISCUSIÓN

Lo primero que hay que subrayar es que la diferencia de colaboración entre los dos equipos que han formado el grupo "alta intensidad de colaboración" y los otros dos equipos que han formado el grupo "baja intensidad de colaboración" es de únicamente de medio punto (en una escala de 1 a 5). Este hecho es altamente relevante ya que indica que incluso una pequeña diferencia en la intensidad de colaboración tiene ya un efecto concreto en los pacientes.

Los resultados para la hipótesis H1 confirman que los pacientes que poseen un nivel elevado de educación y que perciben su estado de salud como regular, malo o muy malo, están más satisfechos cuando son atendidos por equipos que desarrollan una intensidad de colaboración alta. Es posible que este grupo concreto de pacientes tengan valores, percepciones y expectativas diferentes que el resto de pacientes, de tal forma que el nivel de colaboración desarrollado por los profesionales juegue un rol decisivo a la hora de evaluar la atención recibida.

Con respecto a la hipótesis H2, los resultados muestran que los pacientes tratados por los equipos

que colaboran más experimentan menos incertidumbre que los pacientes tratados por los equipos que desarrollan una intensidad de colaboración más baja. Los profesionales de la salud influyen significativamente en la incertidumbre de los pacientes oncológicos a través de la transmisión de información (11). Una posible explicación es que los equipos que desarrollan una intensidad de colaboración mayor son capaces de determinar las necesidades individuales de información y educación de los pacientes (12,13) y la coordinación que les caracteriza, impide dar al paciente informaciones que cambian constantemente o que no están de acuerdo con las informaciones recibidas anteriormente (14).

En lo que se refiere a la hipótesis H3, los resultados muestran que para cada grupo de 100 pacientes hospitalizados en las unidades de oncología, los equipos que colaboran más, consiguen gestionar adecuadamente el dolor de un 10% más de pacientes que los equipos que colaboran menos. Probablemente, en los equipos que colaboran menos, la falta de comunicación deriva en una mala interpretación del problema, en una duplicación de actividades o en una valoración fragmentada del problema (15).

Por último, los resultados no confirman la hipótesis H4. Es posible que la diferencia de intensidad de colaboración existente entre ambos grupos no sea lo suficientemente grande como para producir efectos sobre la duración de la estancia hospitalaria, ya que en general, se trata de estancias cortas y muy sistemáticas.

### CONCLUSIONES

Los profesionales que trabajan en colaboración están mejor coordinados y las decisiones que toman se basan en el punto de vista de los diferentes profesionales. Ambas características pueden ser las responsables de que los pacientes tratados por los equipos que colaboran más tengan mejores resultados. Una de las principales conclusiones de este estudio y que tiene una gran repercusión en la práctica clínica es que, incluso una pequeña diferencia en la intensidad de colaboración entre el médico, la enfermera y el residente tiene una repercusión real en los resultados en los pacientes.

### BIBLIOGRAFÍA:

- (1) D'Amour D. Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec (tesis doctoral). Montreal : Université de Montréal; 1997.
- (2) Sullivan TJ. Collaboration. A health care imperative. New York : McGraw-Hill; 1998.
- (3) Schofield FR, Amodeo M. Interdisciplinary teams in health care and human services settings: Are they effective? Health Soc Work 1999; 24: 203-19.
- (4) Zwarenstein M, Reeves S, Perrier L. Effectiveness of pre-licensure interdisciplinary education and post-licensure collaborative interventions. J Interprof Care 2005; 19(suppl. 1): 148-65.
- (5) World Health Organization. National cancer control programmes: Policies and managerial guidelines. Geneva: WHO; 2002.
- (6) Sicotte C, D'Amour D, Moreault M. Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centers. Soc Sci Med 2002; 55: 991-1003.
- (7) Goldfield N, Pine M, Pine J. Measuring and managing health care quality New York: Aspen Publishers; 2003.
- (8) Mishel MH. The measurement of uncertainty in illness. Nurs Res 1981; 30: 258-63.
- (9) Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Edmonson JH, Blum RH, Stewart JA, et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. New Eng J Med 1994; 330: 592-96.
- (10) Neter J, Kutner MH, Nachtsheim CJ, Wasserman W. Applied linear statistical models. New York: McGraw-Hill; 1996.
- (11) Neville KL. Uncertainty in illness. An integrative review. Orthop Nurs 2003; 22: 206-14.
- (12) Cook G, Gerrish K, Clarke C. Decision-making in teams: Issues arising from two UK evaluations. J Inter Care 2001; 15: 141-51.
- (13) Golin AK, Ducanis AJ. The interdisciplinary team. A handbook for the education of exceptional children. Germantown: Aspen Systems Corporation; 1981.
- (14) Mishel MH. Uncertainty in illness manual. Chapel Hill, NC: University of North Carolina; 1997.
- (15) Main CJ, Spanswick CC. Pain management. An interdisciplinary approach. London: Hartcourt Publishers; 2000.

### Mesa de comunicación 3(Inglés):Mother and children care.

**AUTHORS:**

Gholam-Reza Sanagooy-Moharer, MA. (Faculty member of Zahedan University),  
Homayon Esmaeili, MD. (Kermanshah Medical University)., Katayon Esmaeili,MSN. (Faculty member of KermanshahNursing University) ,Malyeh Ghariby, MSN. (Faculty member of Zahedan Nursing University).

**TITLE:** Use of psychologic Test Millon-II and CAT'S in abuser mothers in Iran**TEXT:**

Child abuse, also known as intentional injury and maltreatment, include: physical abuse, - neglect/child endangerment, sexual abuse/ molestation incest , tormenting of child causing disfigurement. State child protective service agencies receive over three million cases of suspected child abuse every year. In my country, Statistics showed 90% of child abuses were occurred in their home, and 65% were occurred by parents'. The purpose of the study was to modify and use of 2 psychological test (CAT'S test = child abuse and trauma scale) and (MCMI-II = Millon clinical multi- axial inventory) to distinguish the personality characteristics in abusing and Non-abusing mothers.

CAT'S test includes, 38 Questions about punishment, neglect, sexual abuse and emotional abuse, but we omitted 6 questions about sexual abuse and added 6 questions in emotional part. This form answered by children. For avoid response set problems, some questions have reverse scored. For internal consistency of CAT'S test we used

Chi-square test ( $\chi^2 = 17.0$   $P=0.000$ ). We used Alpha-chronbach for internal consistency ( $\alpha = 0.83$ ). Same time we used another test with CAT'S test and internal consistency was 0.80. There was significant correlation between two test, in abused children ( $r=0.44$ ,  $P=0.01$ ) and non abused children ( $r=0.63$  ,  $P=0.001$ ).

The MCMI-II or Millon is a true false questionnaire that has 175 questions. First version was developed in the 1970's and was constructed with scales that represented personality disorders contained in DSM III. MCMI-II is used widely used in psychological assessments that seek to understand and diagnose enduring personality characteristics and to screen for other symptoms.

Millon II include 22 clinical scales in 3 groups (A=characteristics scale, B=characteristics disorder pattern, C=clinical syndromes).

Samples was complete this questionnaire at 30 minutes in answering sheet. The samples during answer must be in well mental status and good physical situation.

Characteristics scale include: Schizoid, Avoidant-Dependent, Histrionic, Narcissitic, Antisocial, Aggressive-Sadistic, Obsessive-Compulsive, Passive-Aggressive, Self defeating, Schizo type, Borderline, Paranoid.

Clinical syndrome scales include: Anxiety, Somatoform, Bipolar manic, Dysthymia, Alcohol dependence, Drug dependence, Thought disorder, Major depression, and Delusional disorder. For reliability we used test re-test( $r=0.86$ ). We success to modify 2 test as well as and then, used CAT'S and Millon-II in semi-experimental study.

The purpose of the present study is to distinguish the personality characteristics display the mental profile and psychological domains of abuser mothers based on personality scales pertaining to research hypotheses (dependent personality scale, obsessive – compulsive scale and borderline personality disorder) and some other personality scales.

The present study was considered as cause and effect research. Samples included a clinical group (abuser mothers,  $N=30$ ) and control group (no abuser mothers,  $N=30$ ), that were selected through judgment sampling and after matching with control group that lacks maltreatment with children were examined. Data was analyzed by

T-test and SPSS software.

The results showed significant difference between the two groups, and research question about the personality difference in the profiles of these two groups of mothers were proved. And in scale pertaining to researches, that is depended scale, obsessive-compulsive scale, the main difference between them were significance ( $P = < 0.05$ ) .and the significance in borderline personality scale was more than the two other scale. According to the present study, that we used modified test, it was proved that the personality disorder, mood disorders and thought disorders have an important role in child abuse phenomena, so that, the more changes in cognition and perception the more child abuse phenomena and neglect. The results of this study congruent with Kaplan and Sadock and the other researchers. Key word: CAT'S and Millon –II, personality characteristics, abusing mother, child abuse.

**BIBLIOGRAPHY:**

## References:

Kaplan & Sadock's .Comprehensive Text book of Psychiatry . Eight Editions. Lippincott Williams & Wilkins Company. 2005.

Kaplan & Sadock . Concise textbook of Clinical Psychiatry. Second Edition. Lippincott Williams & Wilkins Company. 2004.

Kaplan & Sadock . Synopsis of Psychiatry, Behavior Sciens & Clinical Psychiatry. Lippincott Company . 1998.

Kemp. Abuse in the Family . An introduction. Brook & Cole Publication Company. 1998.

Shives,LR ,Isaac . Basic Concepts of Psychiatric- Mental Health Nursing . 5<sup>th</sup> Edition. Lipncott Company . 2002.

Videbeck,SL . Psychiatiave Mental Health Nursing. Second Edition .Lipincott Company . 2003.

**AUTOR/ES:**

Dulce Maria Pereira Garcia Galvão

**TÍTULO:**

PRECOCITY OF THE FIRST SUCKLING/LACTATION AND BREASTFEEDING MAINTAINING

**TEXTO DEL TRABAJO:****OBJECTIVES:**

To know how the first suckling occurred and to study its relation with some influent factors on the breastfeeding maintaining.

**METHODS:**

A descriptive-correlational, longitudinal, panel type study was developed, in a sample of 607 pairs mothers/babies. The puerpera, mothers of healthy and born at term new borns, were found in the 48 hours post birth, at a Maternity Hospital in Coimbra, in the second quarter of 2000. Data collection instruments consisted of a questionnaire applied to the 48 hours post-birth, three, six and twelve months, the Inventory of Maternal Affection of Mary Muller (1994), the Child's Food Behaviour Assessment Scale of Kay Matthews (1988) and Breastfeeding Maternal Assessment Scale of Ellen Leff (1994).

At the 48 hours information was collected during the hospital admission and in the other moments the contact was established by mail.

The non-parametric statistical tests were used in the information treatment.

The children, predominantly males, with a mean weight of 3288 grams, in the majority were born by eutocic delivery. The majority of mothers were married, primiparous, with qualifications superior to preparatory studies, workers and with mean age of 28.4 years.

**RESULTS:**

- Just a small number of babies were immediately laid over their mothers and breastfed in the first half an hour after the delivery.
- 26.2% of the mothers had difficulties with breastfeeding.
- All mothers presented high levels of maternal enveloping and the majority high levels of satisfaction with the breastfeeding experience.
- The breastfeeding prevalence decreased very much during the study. The weaning mean age was four months.
- Children who suckled in the delivery room presented better food behaviour at the 48 hours of living and kept the breastfeeding in a bigger percentage at 3 and 12 months.
- Children who after birth were immediately laid over their mothers and the first suckling/lactation occurred during this period were at 3 and 6 months being breastfed in a bigger percentage.
- Children who did not suckle any liquid before the first suckling/lactation were at 3, 6 and 12 months being breastfed in a bigger percentage.
- Mothers who breastfed in the delivery room reported in a bigger percentage not having developed difficulties with breastfeeding and presented a bigger maternal enveloping and satisfaction with the breastfeeding experience at 3, 6 and 12 months.

**SUGESTIONS:**

In our research it was not usual the precocious suckling/lactation promotion. However, the results we have achieved confirm its effectiveness in the breastfeeding's success near the pairs that experienced the precocious suckling/lactation. We are at present addressing to the most effective way the children suckled, to the absence of maternal difficulties with breastfeeding, to the bigger mother/baby envelopment and to the better evaluation the mother does of her breastfeeding experience, for what prevails the need of developing efforts to implement the 4th step preconized by the WHO for breastfeeding's success.

**BIBLIOGRAFÍA:**

Ellen Leff, W., Jefferis, S. C., Gagne, M. P. (1994). The development of the maternal breastfeeding evaluation scale. *Journal of Human Lactation*, 10 (2), pag. 105-111.

Mary Muller, E. (1994). A questionnaire to measure mother to infant attachment. *Journal of Nursing Measurement*, 2 (2), pag. 129-141.

Matthews, Kay M. (1988). Developing an instrument to assess infant breastfeeding behavior in the early neonatal period. *Midwifery*, 4, pag. 154-165.



**AUTHOR/S:**

\*Mina Rotem, RN, MA., \*\*Leon Epstein, MB.ChB, MPH., \* Mally Ehrenfeld, RN, PhD, Prof.,  
\*Tel -Aviv University, \*\*Hebrew university.  
E-MAIL: mina.rotem@gmail.com

**TITLE:**

Physical activity among middle aged women: A need to change health promotion strategies

**TEXT:**

Abstract

1. - Objectives

Biomedical research has proven, time and again, the significant contribution of physical activity to the prevention of morbidity and the overall improvement of health. Engaging in physical activity is often perceived as health behavior. Public campaigns and physical activity promotion programs tend to emphasize the expected health benefits.

In our research we raise the question: Is engaging in physical activity motivated by health reasons alone, or does it serve also needs other than health. The purpose of the study is to understand the set of factors that influence middle-aged women to engage in physical activity. As middle aged women in western society, which values youthfulness and beauty, move further away from the ideal of feminine beauty they experience losses, and may adopt ways for preventing or coping with the normative changes that they experiencing. We examine to what extent this perception of resources loss, contribute to engaging in physical activity and what are the cognitive variables that influence the process. Understanding the motivation that lies at the foundation of the behavior is the most significant factor in shaping appropriate strategies to encourage the incorporation of routine physical activity into one's lifestyle.

2. - Methods

A cross sectional study examined 925 Jewish women ages of 45 to 65, who live in municipal communities in Israel. Study participants were selected through cluster sampling among clients of "Clalit" Health Services. This organization provides health care to 64% of the women at ages of 45 and 65 in the country. A questionnaire was developed for the study, based on The Conservation of Resources Theory, (Hobfoll, 1995) and the Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991). Dependent variables were various components of engaging in physical activity, and the independent variables covered the theoretical constructs of the above two theories. The tool was tested for internal consistency, validity and test re-test, in a pilot study. The research model was tested using t-test, linear regression and correlation, and Structural Equation Modeling (SEM).

3.- Findings

Engaging in physical activity is negatively correlated with the loss of resources ( $r=-0.30$ ), and to women's attitudes and their perceived behavioral control ( $r=0.46$ ). Women who engage in physical activity reported a high level of gaining resources regardless of the amount of activity. Women who engage in physical activity reported that they believe they will gain a variety of resources such as: a positive mood, a good physical appearance, youthfulness, optimism and general health. Concern of specific morbidity was not significant.

Active women reported being less threatened by losing resources, compared to non active women. Longer time of physical activity performance was correlated with lower loss of resource. The attitudes and behavioral beliefs of active women are more positive and their subjective norms, normative beliefs and perceived behavioral control are higher than non active women. SEM analysis findings show that the model as a whole explains 39% of the variance in the execution of physical activity. The model indicates that the factors of perception of resource loss, the high perceived behavioral control, and positive attitudes together predict intention and the engaging in physical activity.

#### 4. - Discussion

Prevention of morbidity was not the primary reason for the engaging in physical activity among the participants of this study. The findings of the study indicate a possible need to change the strategy that is often used today to promote physical activity among middle aged women. Women in the study engaged in physical activity in order to address various needs, health being only one of them. Other resources, such as: physical fitness, proper body weight, positive feelings towards oneself, being appreciated by others, the feeling of youthfulness, feeling attractive, and optimism where correlated to the decision to engage in physical activity. Health professionals need to address all the resources, valued by women in western society, in order to construct effective health promotion programs.

## Mesa de comunicaciones 5 (Español):Cuidados del envejecimiento.

### AUTOR/ES:

Martínez Martín María Luisa, Canalejas Pérez María del Coro, Vera Cortés Manuel Luis, Cid Galán María Luisa, Martín Salinas Carmen.

### TÍTULO:

Déficit de autocuidado al alta hospitalaria en pacientes mayores de 75 años ingresados en unidades medicoquirúrgicas.

### TEXTO DEL TRABAJO:

#### ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Las personas mayores de 75 años que ingresan en el hospital tienen mayor vulnerabilidad a presentar complicaciones, derivadas tanto de su situación de salud como de la propia hospitalización, lo que va a dar como resultado una prolongación de su estancia hospitalaria y una mayor demanda de cuidados tanto médicos como de enfermería. Diversos estudios (1,2,3,4) coinciden en el impacto negativo de la hospitalización en las personas mayores, considerándola un importante factor de riesgo para el deterioro de la capacidad funcional y la disminución en la calidad de vida, incluyendo la imposibilidad de volver a su domicilio. La situación funcional del paciente va a determinar el riesgo de desarrollo de dependencia, institucionalización, consumo de recursos sociosanitarios y mortalidad, por ello es un parámetro prioritario en la evaluación del estado de salud, de la calidad de vida, y de los cuidados que van a requerir las personas mayores en el momento del alta hospitalaria (5).

El porcentaje de altas hospitalarias a personas mayores va en incremento. En los últimos cinco años, en el Hospital Universitario La Paz de Madrid, las altas hospitalarias a mayores de 75 años han pasado de un 12% a un 16%. Es posible que este incremento se deba a una mayor morbilidad, bien debido al envejecimiento de los ya viejos, a una mayor fragilidad o a que actualmente se realizan tratamientos hospitalarios a personas mayores a las que antes no se les realizaban. En definitiva, los hospitales están sufriendo un proceso progresivo de geriatrización, que implica la necesidad de un cambio de mentalidad de los profesionales de la salud a la hora de enfocar la atención a estos pacientes.

La tendencia actual de las políticas hospitalarias de alta precoz, centradas principalmente en la resolución del proceso agudo que provocó el ingreso, conlleva en muchas ocasiones que las personas mayores sean remitidas a su domicilio con problemas de dependencia, que favorecen los reingresos, la institucionalización o la necesidad de cuidadores. Por tanto, es importante en la preparación del alta hospitalaria la planificación de cuidados de transición (6,7) que faciliten la adaptación del paciente y su familia a la nueva situación de salud. Distintos autores consideran fundamental el informe de enfermería al alta para dotar de conocimientos y habilidades al paciente y la familia (8), y, fomentar una mayor autonomía en los cuidados y la percepción de un control adecuado de su situación de salud.

Los resultados de una revisión bibliográfica realizada sobre el informe de enfermería al alta hospitalaria reflejan la utilidad de este instrumento para garantizar una mayor calidad de la asistencia, pero también evidencian la falta de unanimidad de criterios respecto a los elementos que éste tiene que contener y la necesidad de adoptar un modelo teórico de referencia (9). Otros autores mencionan la escasa información en este informe sobre el proceso de cuidados del paciente al alta (10). Sin embargo, la planificación al alta, según Kozier (11), el proceso de prever y planificar las necesidades del paciente al salir del hospital, se está convirtiendo en una parte crucial de la atención integral de salud. Por este motivo, la valoración de las necesidades potenciales de cuidados, de la capacidad funcional y de los recursos con los que cuenta el paciente, así como de la disponibilidad y capacidad de su red de apoyo resulta imprescindible si se quiere ofrecer continuidad en la atención.

En este estudio, se pretende conocer las necesidades de cuidados al alta hospitalaria de los pacientes mayores de 75 años a través de una valoración del déficit de autocuidado, entendiendo que se trata de personas especialmente vulnerables y dónde la continuidad de los cuidados juega un papel prioritario, con el fin de poder elaborar recomendaciones de autocuidado que contemplen no sólo la recuperación clínica del paciente sino también su recuperación funcional e incorporación a su entorno habitual.

La valoración de enfermería que se propone tiene como marco teórico de referencia la Teoría General del Autocuidado de Orem (12). Para esta autora, el autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar; es una acción que cuando se realiza efectivamente contribuye de manera específica a la integridad estructural, desarrollo y funcionamiento humanos.

#### OBJETIVOS

-Objetivo general: Estimar el déficit de autocuidado al alta hospitalaria en la población de pacientes mayores de 75 años ingresados en las unidades de hospitalización medicoquirúrgica.

-Objetivos específicos:

Describir el déficit de autocuidado que presentan los pacientes.

Determinar la prevalencia de diagnósticos de enfermería y sus factores relacionados.

Valorar la agencia de autocuidado y de cuidado dependiente.

#### MÉTODO

-Diseño del estudio: Estudio observacional analítico.

-Ámbito del estudio: Unidades de hospitalización medicoquirúrgica del Hospital Universitario La Paz de Madrid.

-Muestra: 60 pacientes mayores de 75 años dados de alta en las unidades de hospitalización medicoquirúrgica del Hospital Universitario La Paz.

Criterios de inclusión: pacientes mayores de 75 años con alta prevista en un tiempo no superior a 48 horas.

Criterios de exclusión: pacientes ingresados en las unidades de cuidados críticos, reanimación y urgencias; pacientes en situación terminal; y pacientes con deterioro cognitivo en ausencia de familiar o cuidador principal.

Selección de la muestra: muestreo accidental no probabilístico.

-Variables del estudio

Variables independientes: factores condicionantes básicos de la agencia de autocuidado y factores que afectan a la regulación de los requisitos de autocuidado.

Variables dependientes: déficit de autocuidado, diagnóstico enfermero y agencia de autocuidado.

-Instrumento para la recogida de los datos: documento de valoración enfermera que tiene como referente teórico el Modelo de Autocuidado de D. Orem, y en el que se han incluido el índice de Barthel y el test de Pfeiffer para las valoraciones funcional y cognitiva del paciente.

Para la cumplimentación del documento se ha utilizado la técnica de la entrevista personal al paciente o en su caso al cuidador primario. Asimismo, se ha consultado la historia del paciente para la recogida de la información clínica.

-Análisis de los datos: El procesamiento y análisis estadístico de los datos se ha realizado con el paquete estadístico SPSS vs. 13, utilizando técnicas estadísticas descriptivas y análisis relacional de variables.

-Aspectos éticos: El estudio cuenta con la aprobación de la Comisión de Investigación y el Comité Ético de Investigación Clínica del Área V del Servicio Madrileño de Salud. Todos los participantes -pacientes y cuidadores- han firmado el consentimiento informado y durante la realización de las entrevistas se ha respetado la intimidad y garantizado la confidencialidad de los datos en cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos (15/1999). Asimismo, se ha informado formalmente a los responsables médicos y de enfermería de las unidades seleccionadas en las que se ha realizado el trabajo de campo, evitando interferir en el normal desarrollo de la actividad asistencial.

**RESULTADOS :** Se ha estudiado una muestra de 60 pacientes mayores de 75 años dados de alta hospitalaria, con proporciones similares en función del género y del problema de salud que motivó su ingreso. Como factores condicionantes básicos de la agencia de autocuidado destacan: edad media 82 años (DM= 5,33), procedencia del domicilio (66,7%) y de residencia (22,2%). La estancia hospitalaria media ha sido 12,9 días (DM: 8,37). Los problemas médicos más frecuentes son los respiratorios (44,4%) y de los problemas quirúrgicos, destacan los traumatológicos (27,5%) y digestivos (24,1%). El 100% de los pacientes presentan problemas asociados, siendo los más frecuentes: hipertensión arterial (70,4%), cardiorrespiratorios (68,5%), osteoarticulares (33,3%) y diabetes (25,9%). Los requisitos de autocuidado que presentan un mayor déficit son: prevención de peligros (79,6%), actividad (77,8%), ingesta de aire (40,7%), aporte de alimentos (38,9%) y aporte de líquidos (37,0%).

Respecto a los diagnósticos enfermeros más prevalentes destacan: deterioro de la movilidad física (59,2%), déficit de autocuidado en baño/higiene (48,1%), déficit de autocuidado en vestido (38,9%), intolerancia a la actividad (37,0%), riesgo de déficit de volumen de líquidos (37,0%) y riesgo de caídas (35,1%). Más de la mitad de los pacientes (59,3%) presenta complicaciones potenciales, siendo la incontinencia urinaria la más frecuente (25,9%).

La agencia de autocuidado estaba desarrollada en un 24,1% de los pacientes y en un 75,9% sin desarrollar o en vías de desarrollo.

#### DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio permiten una primera aproximación al conocimiento de la situación de salud que presentan los pacientes mayores de 75 años después de un periodo de estancia hospitalaria. Además de las peculiaridades clínicas habituales en estos pacientes, como son la polipatología y la polimedicación, una gran parte de ellos presentan situaciones que indican déficit de autocuidado y recursos muy limitados para desarrollar su agencia de autocuidado, requiriendo sistemas de enfermería de compensación parcial y/o de apoyo educativo después del alta hospitalaria.

De esto se deriva la necesidad de garantizar cuidados de transición, encaminados de forma prioritaria a proporcionar seguridad, ayudar en la movilidad y educar para la adquisición de comportamientos orientados a la salud, centrándose principalmente en la ingesta de alimentos y el aporte de líquidos. Para esto se precisa un informe enfermero al alta del paciente que recoja, además de la evolución clínica durante la estancia hospitalaria, una valoración de la capacidad de autocuidado del paciente, así como de los recursos de que dispone para cubrir los distintos requisitos de autocuidado.

En este sentido, el equipo de investigación ha iniciado una segunda fase del estudio en la que se está realizando un seguimiento de los pacientes en su domicilio un mes después del alta hospitalaria, con la finalidad de valorar cómo se ha producido esta adaptación, qué tipo de cuidados han requerido y quién ha sido la agencia de autocuidado durante este periodo.

#### BIBLIOGRAFÍA:

1. Formiga F, Maiques J, Salazar A, Mascaro J, Novelli A, Rivera A, Verdiell J, Pujol R. Repercusión de la hospitalización en la capacidad funcional de pacientes mayores de 75 años ingresados en una unidad de corta estancia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999; 34:331-5.
2. Formiga F, López A, Sacanella E, Jacob X, Masanés F, Vidal M. Valoración de la capacidad funcional después de un ingreso hospitalario en pacientes nonagenarios. *Med Clin* 2000; 115:695-6.
3. Cangas A, Narvaiza MJ. Intervención de enfermería para disminuir las complicaciones derivadas de la hospitalización de los ancianos. *Gerokomos* 2006; 17(1):24-31.
4. De Pedro J, Gallo J, Zaforteza C, Bover J, Bover A. Problemas de las personas mayores al alta de un hospital de agudos. *Gerokomos* 2001; 12(1):29-32.
5. Baztán JJ, González-Montalvo JI, Solano JJ, Hornillos M. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. *Med Clin (Barc)* 2000; 115:704-717.
6. Parsons P, Gifford C. Characteristics and outcomes of elderly patients receiving transitional care. *Outcomes Management* 2002. Vol 6. Nº 4.
7. Naylor M. A decade of transitional care research with vulnerable elders. *J Cardiovasc Nurs* 2000; 14(3):1-14.
8. González Rodríguez A. El informe de alta hospitalaria por enfermería, una necesidad para los cuidados enfermeros interniveles. *Enfermería Científica* 2001; Num. 234-235.
9. Ballesteros M, Jiménez L. Ruiz MC. Revisión bibliográfica del informe de valoración al alta. *Gerokomos* 2004; 15(4):209-216.
10. Vallejo de la Gala MP. Informe conjunto de altas de enfermería. Programa de mejora de calidad en cuidados a pacientes posthospitalizados. *Rev ROL Enf* 2003; 26(3):393-396.
11. Kozier B. *Fundamentos de Enfermería*. 7ª ed. Madrid: Interamericana McGraw Hill; 2005.
12. Orem DE. *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson - Salvat; 1993

**AUTOR/ES:**

Bonet M, Ferrer N, Ferriol C, Garre-Olmo J en representación del grupo FRADEGI

**TÍTULO:**

Dependencia y utilización de recursos sanitarios en mayores de 74 años

**TEXTO DEL TRABAJO:**

Introducción: Aunque el proceso de envejecimiento no conlleva necesariamente una situación de discapacidad y dependencia, sí que es cierto que durante esta etapa de la vida puede disminuir el bienestar y la calidad de vida individual. Los estudios epidemiológicos indican que las personas de edad avanzada son el grupo poblacional con mayor prevalencia de dependencia, es decir, se trata de personas que por razones ligadas a la pérdida de su autonomía física y/o intelectual, requieren un determinado grado de asistencia para la realización de las actividades de la vida diaria [1]. En el estado español, según la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999, más del 32% de las personas de más de 64 años presentaban algún tipo de discapacidad, mientras que esta proporción no alcanzaba el 5% entre los menores de 65 años [2]. Actualmente en España la población de 65 años y más asciende aproximadamente al 17% de la población española, lo que significa más de 6,8 millones de personas. Se estima que en el año 2050 dicho segmento de edad constituirá más del 30% de la población, con 16,4 millones de personas [3].

En este contexto, es previsible que durante los próximos años la presión sobre los dispositivos de provisión de atención sanitaria aumente para hacer frente a los problemas sanitarios de las personas de edad avanzada dependientes.

Objetivos: El objetivo del estudio fue determinar la relación entre la utilización de recursos sanitarios durante el último año y el grado de discapacidad en mayores de 74 años.

Métodos: Estudio epidemiológico poblacional puerta a puerta de una muestra de los habitantes de 75 y más años del área de referencia del Área Básica de Salud de Anglès (Girona). Mediante el padrón municipal fue seleccionada una muestra representativa de los habitantes de 75 y más años. El protocolo de estudio incluyó una extensa valoración bio-psico-social mediante instrumentos estandarizados. El grado de discapacidad se evaluó mediante la escala World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS II) y la utilización de recursos sanitarios durante el último año se determinó mediante una entrevista estandarizada. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de las variables de estudio mediante técnicas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y mediante frecuencias relativas y absolutas para las variables cuantitativas. Se aplicaron técnicas de contraste de hipótesis univariantes y medidas de correlación para determinar el grado de asociación de la puntuación de la WHODAS II y la utilización de recursos sanitarios entre los participantes.

Resultados: De los 1.245 habitantes seleccionados, 180 no cumplieron los criterios de inclusión y 190 rechazaron colaborar. La participación fue del 82% de los candidatos. La media de edad fue de 81,7 años (DE=4,8), el 58,2% fueron mujeres y la puntuación media de la WHODAS II fue de 11,3 puntos (DE=11,9). El 29,6% había acudido a los servicios sanitarios durante las dos últimas semanas, el 6,9% hacía más de dos semanas y menos de un mes, el 54,5% hacía más de un mes y menos de un año y el 9,0% hacía más de un año que no había acudido a los servicios sanitarios. Se observaron diferencias significativas en la puntuación del WHODAS II entre los participantes que habían acudido a los servicios sanitarios durante las dos últimas semanas y los que hacía más de un año que no habían acudido (13,1 puntos frente a 7,3 puntos;  $p=0,002$ -ajuste Bonferroni-). Con relación a la última consulta sanitaria realizada, se observó que la puntuación de la WHODAS II fue más elevada para aquellos individuos que habían sido atendidos en los dispositivos de urgencias (15,4 puntos;  $p=0,01$ ) o en su domicilio (30,9 puntos;  $p<0,001$ ) frente a los que fueron atendidos en consulta ambulatoria (9,2 puntos).

## **BIBLIOGRAFÍA:**

[1] Alan Walker. Vejez y protección social a la dependencia en Europa. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 1999.

[2] Instituto Nacional de Estadísticas. Resultados de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. Madrid; 2000.

[3] Instituto Nacional de Estadísticas. Proyecciones de población calculadas a partir del Censo 2001.

[4] Wieland D, Lamb VL, Sutton SR, Boland R, Clark M, Friedman S, et al. Hospitalization in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE): rates, concomitants, and predictors. J Am Geriatr Soc 2000;48(11):1373-80.

[5] Melis RJ, van Eijken MI, Borm GF, Wensing M, Adang E, van de Lisdonk EH et al. The design of the Dutch EASYcare study: a randomised controlled trial on the effectiveness of a problem-based community intervention model for frail elderly people. BMC Health Serv Res 2005;5:65.

## Mesa de comunicaciones 6(Español):Profesión/Gestión en enfermería

### AUTOR/ES:

S. Corchón Arretxe; C. Oroviogicoechea Ortega; R. Watson; M.I. Saracíbar Razquin

### TÍTULO:

Proceso de diseño e implantación de una intervención para el desarrollo de la cultura investigadora enfermera

### TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción:

Resulta imprescindible la utilización del método científico para el desarrollo del conocimiento de la enfermería (1,2) y, por lo tanto, la participación de las enfermeras en actividades de investigación en enfermería no debería ser algo ajeno a su ejercicio profesional. No obstante, a pesar de que en el contexto español la investigación en enfermería ha crecido en las últimas décadas, todavía es limitada especialmente en el ámbito clínico (3). Esta falta de actividad investigadora enfermera en el ámbito asistencial se debe en gran parte a que no existe una cultura investigadora que la favorezca en este contexto (4,5). Sin embargo, la enfermera que desarrolla su labor en la asistencia está en una situación privilegiada tanto para identificar vacíos o problemas en su práctica profesional que necesitan de estudio, como para utilizar los resultados de la investigación y basar su práctica en la evidencia asegurando una atención de enfermería de calidad (1,2).

Por lo tanto, existe un creciente interés en promover la investigación enfermera en España (6-9). Para ello es necesario conocer la situación inicial y poder así planificar intervenciones que sean eficaces en el desarrollo de la investigación enfermera en el ámbito asistencial (3,9,10). Sin embargo hay una carencia de estudios que exploren estos aspectos en profundidad.

Objetivos de la comunicación:

Presentar el proceso de diseño e implantación de una intervención para fomentar el desarrollo de una cultura investigadora enfermera en el ámbito asistencial, que se basa en un conocimiento previo del contexto.

Método:

Se realizó un estudio que consta de tres fases: exploratoria, de desarrollo y de evaluación (11).

La fase exploratoria se llevó a cabo para conocer la cultura investigadora enfermera de un centro hospitalario y diseñar una intervención acorde a las características del contexto. El estudio se realizó en las unidades de hospitalización de la Clínica Universitaria de Navarra (12 unidades). Toda la población de enfermeras (N=211) y supervisoras (N=14) formaron parte de la muestra. La recogida de datos se realizó a través de grupos focales con las supervisoras y de un cuestionario con las enfermeras. Las principales variables fueron la capacidad investigadora (formación, conocimiento e interés); la actividad investigadora enfermera (participación en estudios, presentación de comunicaciones y pósters, publicaciones etc) y los factores influyentes en el desarrollo de una cultura investigadora (barreras y facilitadores).

El análisis de los datos recogidos a través de grupos focales ha sido inductivo y sistemático, utilizando el programa NVivo v2.0, mientras que los datos cuantitativos han sido analizados estadísticamente (SPSS v13.0) (11). Toda esta información recogida en la primera fase exploratoria ha orientado la fase de desarrollo del estudio.



La fase de desarrollo ha consistido principalmente en el diseño e implantación de una intervención para favorecer el desarrollo de la cultura investigadora enfermera en este contexto. La implantación de la intervención va a durar un año, se inició en enero de 2007 y continúa hasta diciembre del mismo año.

La fase de evaluación se ha iniciado junto a la implantación de la intervención y concluirá en diciembre 2007-enero 2008. Para poder evaluar el impacto de la intervención se han desarrollado varios instrumentos de medida que consisten en cuestionarios con preguntas abiertas y cerradas, y tests objetivos. Estos instrumentos recogen información acerca del nivel de conocimiento, cambios en las percepciones acerca de barreras y facilitadores, y la percepción de los participantes sobre la intervención en general.

#### Resultados:

El índice de respuesta en la fase exploratoria fue de un 76.7% en las enfermeras y de un 100% en las supervisoras. Tanto las enfermeras como las supervisoras consideraron que la formación, el apoyo recibido y la relevancia de la investigación para la práctica eran los factores más importantes para el desarrollo de la cultura investigadora. Por ello, la intervención diseñada actúa a diferentes niveles. Por un lado, se ha establecido una red de mentoras de investigación cuyas funciones principales son: dar formación sobre investigación a enfermeras y supervisoras, apoyar y trabajar con las supervisoras en el desarrollo de la cultura investigadora en las distintas unidades de hospitalización del centro; y realizar sesiones mensuales de crítica de artículos ("Journal clubs") para enfermeras.

Hasta el momento se han realizado varias actividades de formación, que incluyen seminarios con las supervisoras para trabajar sobre acciones que se pueden introducir en sus unidades para favorecer la investigación, y tres cursos sobre lectura crítica de artículos, en los cuales han participado 80 enfermeras y 14 supervisoras. Además, se han iniciado las sesiones de crítica de artículos con una participación elevada de enfermeras y supervisoras.

Los primeros datos de evaluación indican que los resultados son satisfactorios. Un 85% de las supervisoras afirmaron que sus expectativas en relación al desarrollo de la cultura investigadora habían mejorado tras participar en los seminarios. Asimismo, el nivel de conocimiento de las participantes aumentó significativamente ( $p < 0.001$ ) tras participar en los cursos de formación.

#### Discusión:

En estos momentos de grandes expectativas para nuestra profesión resulta imprescindible impulsar la investigación en enfermería (6-8). Además, teniendo en cuenta la acogida de la intervención, se ha comprobado que las enfermeras del ámbito asistencial manifiestan interés y están motivadas en participar en actividades de investigación. Por todo ello, son necesarios estudios que tengan como objetivo el diseño e implantación de estrategias para desarrollar la investigación enfermera en el ámbito asistencial, y por lo tanto contribuir al desarrollo de nuestro conocimiento y a la mejora de la calidad de los cuidados enfermeros (1,2).

La intervención diseñada durante este proyecto de investigación y los resultados obtenidos pueden servir de modelo para otros centros asistenciales que pretendan fomentar la investigación en enfermería.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

- 1.Seymour B, Kinn S, Sutherland N. Valuing both critical and creative thinking in clinical practice: narrowing the research-practice gap? *Journal of Advanced Nursing*. 2003;42(3):288-296.
- 2.Davies J, Heyman B, Bryar R, Graffy J, Gunnell C, Lamb B et al. The research potential of practice nurses. *Health and Social Care in the Community*. 2002;10(5):370-381.
- 3.Díaz M, Martín C, Jiménez JM, Maya B. Producción científica de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel. *Enfermería Clínica*. 2004;14(5):263-268.
- 4.Hundley V, Milne J, Leighton-Back L, Graham W, Fitzmaurice A. Raising research awareness among midwives and nurses: does it work? *Journal of Advanced Nursing*. 2000;31(1):78-88.
- 5.Parahoo K, McCaughan M. Research utilization among medical and surgical nurses: a comparison of their self reports and perceptions of barriers and facilitators. *Journal of Nursing Management*. 2001;9:21-30.
- 6.Moreno-Casbas T, Martín-Arribas C, Orts-Cortés I, Comet-Cortés P. Identification of priorities for nursing research in Spain: a Delphi study. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;35(6):857-863.
- 7.Durán M. ¿Qué he hecho yo para merecer esto? Europa, tan cerca y tan lejos. La educación superior desde una mirada crítica. *Revista ROL de Enfermería*. 2004;27(10): 660-670.
- 8.Fernández E. La investigación en el currículum de enfermería. Grado de influencia y límites de la enfermería basada en la evidencia. *Enfermería Clínica*.2002;12(4): 182-187.
- 9.Gerrish K, Clayton J. Promoting evidence-based practice: an organizational approach. *Journal of Nursing Management*. 2004;12: 114-123.
- 10.Martínez Riera JR. Enfermería Basada en la evidencia. Cuidando la evidencia vs evidenciando el cuidado. *Enfermería Comunitaria*. 2005;1(1): 52-56.
- 11.Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research. Principles and methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. .

**AUTOR/ES:**

Miró, Margalida

**TÍTULO:**

Discursos y relaciones de poder en la constitución de la identidad de la profesión enfermera en España (1956-1976)

**TEXTO DEL TRABAJO:****1.- Contextualización profesional durante la Dictadura Franquista (1939-1975)**

Entre los múltiples cambios que acontecieron durante la dictadura, cabe destacar aquellos que influyeron más directamente en el desarrollo de la profesión en nuestro país entre 1956 y 1976, como los relativos a la situación de la mujer, la política sanitaria y educativa (1).

Esta época supuso un retroceso en los logros conseguidos en los derechos de la mujer española durante la II República (1931-1936)(2). A pesar de las reformas legislativas que significaron una mínima liberación de las costumbres la actividad de la mujer era preferentemente doméstica, su marco era la casa, y su vocación, ser la esposa y madre que la Iglesia y la sociedad civil habían arraigado en los ciudadanos (3). La figura del hombre se mantuvo como cabeza de familia, y la mujer siguió relegada a la autoridad masculina.

La Guerra Civil y la dictadura franquista posterior enterraron los planes de la Segunda República de crear un sistema de seguridad social descentralizado e integral, y lo sustituyeron por un seguro obligatorio y centralizado. El sector sanitario tuvo que esperar hasta los años setenta para volver lentamente a esquemas descentralizados y de tipo democrático (4). A pesar de ello, en los años cincuenta, coincidiendo con el auge económico en el país se inició en España un progresivo desarrollo hospitalario, caracterizado por la creación de grandes hospitales con dotaciones tecnológicas avanzadas. Entre otros, este hecho generó la necesidad de una demanda en el número de profesionales, tanto médicos como enfermeras.

La política educativa durante el franquismo, fue reveladora de los valores de autoridad, jerarquía, orden, disciplina, aristocratismo, que caracterizaban la naturaleza del régimen (3). La educación fue reflejo de un Estado confesional católico, en el que se unía la exaltación del sentimiento nacionalista con una concepción fundamentalista de la religión (3).

Por el impacto que supuso para la profesión y para el avance de la sociedad española durante esta época, cabe destacar el papel que desarrolló la Sección Femenina de la Falange (5). La Sección Femenina, creada en 1934 por José Antonio Primo de Rivera, se dedicó a la formación de mujeres en el cuidado de los recién nacidos, medidas de higiene, atención a huérfanos y formas modernas de organización familiar (6). La Sección Femenina organizó durante la guerra cursillos de formación de enfermeras para paliar la demanda existente, y una vez terminada la guerra, siguió manteniendo su interés hacia esta faceta de formación y orientación de las actividades femeninas creando el Cuerpo de Enfermeras de Falange Española Tradicionalista y de las JONS.

En materia educativa, hubo dos hitos en el proceso de consolidación de la profesión. El primero, fue la publicación del Decreto de 4 de Diciembre de 1953 que unificó los estudios de practicante, matrona y enfermera -que anteriormente corrían paralelos- en una sola titulación: Ayudante Técnico Sanitario (ATS). La titulación de ATS no sólo supuso un cambio de denominación y de plan de estudios sino modificaciones de orientación en la formación de estos profesionales (7). Este perfil formativo, estaba orientado a un modelo de profesión sanitaria de ayuda al médico, de carácter eminentemente técnico y hospitalario. El segundo cambio fue la publicación el 4 de Agosto de 1970 de la Ley General de Educación, que estableció que en función de la naturaleza y extensión de sus enseñanzas las Escuelas de ATS se podían convertir en centros de formación profesional o en escuelas universitarias (7). Finalmente, en 1977 se aprobó el Real Decreto 2128/1977 de integración en la Universidad de los estudios de ATS convirtiéndose en Escuelas Universitarias de Enfermería. Este hecho permitió reorientar la formación de estos profesionales, que pasó de girar alrededor de la ayuda a otro profesional o de la patología a orientarse hacia la persona, sus requerimientos de ayuda (8).

2.- Objetivos. El objetivo general de este estudio ha sido explorar los procesos de continuidad, transformación y ruptura que han conformado la(s) identidad(es) social(es) de las(os) profesionales de enfermería en España entre 1956 y 1976. Para ello, he tratado de explorar los discursos residuales, dominantes y emergentes que han constituido la identidad social de enfermería durante este período y, las estrategias de poder disciplinares, pastorales y de resistencia que han constituido dicha identidad social.

3.- Metodología. Este estudio, que forma parte de una línea de investigación más amplia, está orientado desde los referentes postestructuralista y postfeminista (9), y en concreto a partir del referencial teórico propuesto por M. Foucault (10). Esta perspectiva permite adoptar una postura crítica ante el conocimiento dado por establecido sobre la(s) identidad(es) de la profesión y de sus profesionales. Es decir, permite dejar bajo sospecha aquellas asunciones que actualmente se pueden considerar únicas e inamovibles respecto a la profesión y reconocer la especificidad histórica y cultural de dichas concepciones sociales. Y por otro lado, promueve la consideración de las relaciones de poder como elementos determinantes en la construcción y el mantenimiento de los discursos sobre la profesión.

Se trata de un estudio de análisis de discurso de carácter genealógico mediante técnicas de análisis textual y documental de dos fuentes. Por un lado, analizo los manuales de moral profesional dirigidos a las/os ATS publicados entre 1956 y 1976 y, por otro lado las transcripciones de entrevistas semiestructuradas realizadas a profesionales que durante esta época eran estudiantes o profesoras de las escuelas de ATS. Ambas fuentes tienen en común que están situadas en el contexto educativo, el cual envuelve estrategias sutiles y refinadas de naturalización y legitimación de prácticas y discursos, a partir de los cuales las personas se transforman y aprenden a reconocerse como profesionales. La selección de las muestras la he llevado a cabo según muestreo intencional. Los criterios para la selección de los manuales han sido: manuales de moral profesional, dirigidos a estudiantes de primer curso y con más de dos ediciones. En esta muestra también he incluido el escrito por la única mujer y enfermera ya que consideraba importante recoger su forma de entender la profesión y, el último publicado durante este período por considerarlo un momento de inflexión en el proceso de profesionalización. En base a los criterios de muestreo, de las 33 ediciones de manuales publicados sobre moral profesional para la carrera de ATS, he analizado 5 manuales (1956, 1957, 1964, 1974 y 1975). En cuanto a las entrevistas los criterios fueron: enfermeras/os que estudiaron la carrera de ATS entre 1956 y 1976 y que actualmente siguen en activo y, enfermeras/os que fueron monitoras o jefas de estudios en las escuelas de ATS durante esta época. Finalmente, he entrevistado a 4 enfermeras(os) que estudiaron ATS durante esta período y 3 que fueron profesoras en las escuelas de ATS. Con esta muestra se alcanzó el punto de saturación teórica. La muestra final ha estado formada por 6 mujeres y 1 hombre. Las/os 4 profesionales que fueron estudiantes y que actualmente siguen ejerciendo, tienen edades comprendidas entre 48 y 61 años e iniciaron sus estudios entre 1961 y 1975. En cuanto a las 3 profesionales que en este período fueron monitoras o jefas de estudios en las escuelas de ATS, tienen edades comprendidas entre 67 y 73 años, todas ellas actualmente jubiladas. Con el propósito de contribuir a la confiabilidad del análisis he llevado a cabo una triangulación de fuentes de datos -manuales y entrevistas-, de técnicas -análisis documental y textual- e investigadoras. Las categorías emergidas han sido: a) profesiones, ¿Qué hacen y cómo lo hacen?: medicina y enfermería, b) profesionales ¿Quiénes son?: médico y enfermera y, c) relaciones profesionales ¿Cómo interaccionan?: enfermera-médico, enfermera-paciente y, enfermera-familia.

4.- Resultados. Debido a la limitación de espacio expongo únicamente los códigos relativos a cada categoría sin los verbatim emergidos en los manuales y las entrevistas. En relación a la construcción discursiva de las dos profesiones, tanto en los manuales como en las entrevistas, la medicina aparece como una profesión con prestigio y saber exclusivo. La enfermería se presenta como una profesión sacrificada, disciplinada y vocacional. En las entrevistas, la vocación religiosa transmitida en los manuales da paso a una vocación de tipo más laica y social. Además, la enfermería aparece como un saber menor, un hacer rutinario, mecánico y con reconocimiento social por su entrega. En relación a la construcción discursiva de los dos profesionales, tanto en manuales como en entrevistas, el médico aparece como la autoridad científica y la enfermera como una profesional perfecta, dócil y habilidosa, a quien se le exigen cualidades físicas, morales, técnicas y de porte. Además de estas cualidades, en las entrevistas emergen como nuevas exigencias las cualidades clínicas. En ambas fuentes aparece como una profesional infravalorada socialmente y por ella misma, y que debía permanecer en el anonimato profesional.

Finalmente, en las entrevistas emerge un código relativo a las amenazas recibidas durante la formación y el ejercicio profesional y, otro relativo a la búsqueda del orgullo profesional por parte de las enfermeras. En relación a las interacciones entre enfermera y médico, en ambas fuentes aparecen códigos de subordinación, fiscalización y culpabilización. La enfermera es la mediadora entre el médico y el paciente. Finalmente, en las entrevistas aparece la distancia y la resistencia entre médico y enfermera. En cuanto a la relación entre enfermera y paciente, emergen códigos relativos a la relación distante y dificultosa, basada en el consuelo y la disciplina y, el reconocimiento emocional de los paciente al trabajo de la enfermera. En cuanto a la relación entre enfermera y familia, los códigos que emergen en ambas fuentes apuntan a la familia como un obstáculo y, una relación basada en la autoridad.

5.- Discusión: Los discursos y las relaciones de poder que emergen en los manuales son de carácter más continuista. Esta continuidad puede ser reflejo de la interiorización de los discursos sociales, históricos y profesionales dominantes durante este período por parte de los(as) autores(as). En cambio, la narrativa de las personas entrevistadas está impregnada por discursos residuales y dominantes sobre la profesión, pero también por discursos rupturistas o alternativos que pugnan por emerger. En este entramado discursivo se puede identificar como residual un discurso moralista cristiano que se va transformando hacia un discurso de vocación cívica, como dominantes discursos de género, técnico y biomédico que se mantienen a lo largo del período y como emergentes discursos de concienciación del colectivo y de cuestionamiento, lucha o de resistencia (11). Estos discursos han sido producidos y reproducidos por una compleja matriz de estrategias de poder disciplinario como la normalización, homogeneización, sometimiento, vigilancia, etc., de poder pastoral como la intermediación, la introspección, etc. y de poder de autogobierno o resistencia (11). Este entramado tiene en la actualidad un impacto social, político y profesional tanto para los/as enfermeros/as como para los ciudadanos/as. Entre otras implicaciones, tienden a legitimar la aportación enfermera como un saber menor o una práctica auxiliar, la constitución de la mirada clínica alrededor de la patología, la permanencia de relaciones de sometimiento y subyugación entre profesionales y pacientes, además del conformismo y el anonimato profesional.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Miró M, Gallego G, Canaleta E, Gastaldo D. Beyond traditional discourse on professional nurse-physician relationships in Spain (1956-1976). [Comunicación oral]. Towards a History of Practice Conference; 2005 25-27 August; Melbourne, Australia
2. Marset P, Sáez JM, Martínez F. La Salud Pública durante el franquismo. *Dynamis. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.* 1995; 15: 211-250.
3. De Puelles M. Evolución de la educación en España durante el Franquismo. En: Tiana A, Ossensbach G, Sanz F (eds). *Historia de la educación (edad contemporánea)*. Madrid: UNED; 2002.p. 95-98.
4. Domínguez C., Rodríguez J.A., De Miguel J.M. *Sociología y Enfermería*. Madrid: Pirámide; 1983.
5. Almansa P. La formación enfermera desde la sección femenina. *Rev Enferm Global* [serie en internet]. 2004 Dic [acceso 12 Feb 2005]. Disponible en: <http://www.um.es/eglobal/5/05c03.html>
6. Mayordomo A. *Historia de la educación en España. Nacional-Catolicismo y Educación en la España de posguerra (I)*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia; 1990.
7. Fernández C., Garrido M., Tomas M., Serrano M<sup>a</sup>.D. *Enfermería fundamental*. Barcelona: Masson; 2000.
8. Alberdi RM<sup>a</sup>, Cuxart N. Cuidados, enfermeras y desarrollo profesional: Una reflexión sobre las bases del ejercicio profesional. *Presencia* [serie en internet]. 2005 [acceso 2 feb 2006]; 1(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n2/23articulo.php>
9. Manias E, Street A. Possibilities for critical social theory and Foucault's work: a toolbox approach. *Nurs Inq.* 2000; 7, 50-60.
10. Foucault M. *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta; 2001.
11. Miró M, Gallego G. El discurso feminista en la construcción histórica de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956-1976). En: Bosch, E., Ferrer, V., Navarro, C. *Los feminismos como herramientas del cambio social (I): Mujeres tejiendo redes históricas, desarrollos en el espacio público y estudios de mujeres*. Palma: Universitat de les Illes Balears; 2006.p.247-263

**Mesa de comunicaciones 7(Bilingüe):Cuidados de la salud en adolescentes/Adolescent healthcare**

**AUTOR/ES:**

Rodriguez Oviedo, Paloma

**TÍTULO:**

**Estudio observacional transversal del dolor de espalda en adolescentes y su relación con la sobrecarga en las mochilas**

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**INTRODUCCION**

El dolor de espalda representa un problema considerable de salud pública por su importante repercusión socioeconómica, ya que genera numerosas consultas a profesionales y una elevada utilización de los servicios sanitarios.

En muchos casos, los problemas de espalda comienzan en la infancia; por la adopción continuada de posturas inadecuadas o fijas y prolongadas, como estudiar, escribir o pasar más de seis horas sentados en mala postura. Asimismo, el transporte diario de cargas pesadas (como por ejemplo mochilas llenas de libros), que, unido a una incorrecta utilización de las mismas (como cargarla sobre un solo hombro), provocará asimetría en la estructura muscular, y por lo tanto, se estará predisponiendo a la columna vertebral a padecer ciertas actividades escolióticas.

**OBJETIVOS**

Objetivos generales: valorar la presencia de dolor de espalda en jóvenes de la Mariña de Lugo con edades comprendidas entre los 12 y 17 años durante el año escolar 2005-06

Objetivos específicos: valorar la existencia de factores de riesgo de padecer dolor lumbar relacionado con la sobrecarga en las mochilas.

**MÉTODO Y MATERIAL**

**Características de la muestra**

Se ha realizado un estudio observacional transversal con la población de la Mariña de Lugo cuyas edades comprenden entre los 12 y 17 años, descartando de la muestra los alumnos de 18 años o más. Los datos fueron proporcionados por los directores y orientadores de los 11 Institutos de Enseñanza Secundaria Obligatoria de la Mariña de Lugo. En dicha información constaba el nombre y apellidos del alumno y el curso.

**Tamaño de la Muestra**

Se partió de una muestra de 2.000 alumnos matriculados en el curso académico 2005-06 y que cursan estudios de Enseñanza Secundaria en los 11 Institutos de la Mariña de Lugo. Participaron en el peso y tallado y pesado de la mochila el 87.5% y cumplieron correctamente el cuestionario el 74.9% de los alumnos y se excluyeron de la muestra 15 alumnos por tener más de 17 años.

**Procedimientos**

Para evaluar los objetivos formulados se utilizaron como instrumento de recogida de datos, las siguientes actividades:

- Un día aleatorio se realizó una medición antropométrica; peso y talla del alumno, para lo que se utilizó una báscula digital con tallímetro incorporado, correctamente equilibrada.
- Se pesó la carga de material escolar que dicho día transportaban y se relacionó de forma porcentual con sus medidas antropométricas
- Se les pasó un cuestionario de 10 ítems con preguntas en torno a problemas de espalda relacionados con alguna lesión o patología previa y preguntas cerradas sobre higiene postural de hábitos saludables, el cuál, deberían llevar a casa para ser cumplimentado por el padre, madre o tutor.
- En el cuestionario se manifiesta la confidencialidad de las respuestas

#### Análisis estadístico

Para la recogida de la muestra se diseñó una base de datos en Excel. Dadas las características del estudio los datos se presentan utilizando estadísticos de tendencia central y de dispersión como desviación típica, varianza y medianas.

#### RESULTADOS

Analizamos los datos por edades, haciendo relacionar el peso corporal con el peso de la mochila para ver el porcentaje de alumnos que superan el 10% y el 15 %. Se observó que los jóvenes de 12 años son los que más cargan, llegando a superar el 15% de su peso corporal. Estos alumnos representan un 34,5%, y un 43,3% sobrepasan el 10%; comprobamos también que a los 13 años continúa ese exceso de carga de más del 10% llegando a ser el 48,7% los que lo superan, pero se va apreciando un ligero descenso en la proporción a medida que van creciendo, ya que a los 15 años sólo un 9.1% cargan con más de 15% de su peso corporal y un 37,1% los que superan el 10%; hasta llegar a un 1,7% los que a los 17 años llevan más del 15%.

Los datos estadísticos del peso de la mochila con respecto al peso corporal tienen un nivel de confianza entre el 0.12 y el 0.28; por lo que se considera que la muestra es lo suficientemente grande como para aceptar los datos.

Si nos vamos al desglose de los datos por sexos, las mujeres son las que más cargan, manteniéndose esta variable a lo largo del estudio.

Tras analizar los datos aportados por el cuestionario facilitado, se aprecia que la incidencia del dolor de espalda aumenta con el paso de los años en nuestros adolescentes, esto es, un 20,5% de los jóvenes de 12 años lo han padecido, aumentando el porcentaje a los 16 años, siendo el 36.4% los que lo han padecido en el último año.

Las dolencias se ven ligeramente disminuidas en época vacacional, siendo entre un 27.3% y un 46.2% los que lo aprecian.

Después de los 15 años vemos que presentan alguna patología dorso-lumbar; como escoliosis, lumbalgias, ciatalgias, contracturas, e incluso hay un joven con hernia discal (chico de 16 años). Estas patologías van aumentando del 14.7% a los 15 años, al 18.6% a los 17 años.

Con respecto a los hábitos de higiene postural y actividad se aprecia que alrededor del 50% hacen deporte y/o alguna actividad extraescolar, pero paulatinamente dicha actividad se va reduciendo a medida que van avanzando en edad, ya que si bien es casi el 60% de los jóvenes de edades comprendidas entre los 12 y 14 años los que hacen alguna actividad, a los 16 se ve reducido a un 46.7%

#### DISCUSION

El presente estudio transversal realizado entre los jóvenes de la Mariña de Lugo, coincide con los datos aportados por otros estudios similares en que la carga de la mochila es excesiva para el peso corporal de los jóvenes en las edades del estudio, apreciando igualmente que a medida que van creciendo se reduce la carga pero también se reducen las actividades deportivas y aumentan los malos hábitos de higiene postural, por lo que aunque hasta la fecha no se dispone de ninguna evidencia científica que confirme las sospechas de que el exceso de carga en la mochila precipita el dolor lumbar, hay indicios que nos lo sugieren. La disminución del peso total de las mochilas, su distribución de carga simétrica entre los dos hombros, y la práctica de actividad deportiva adecuada pueden ser un buen punto de apoyo para lograr disminuir la prevalencia del dolor lumbar cuyo porcentaje es importante entre nuestros adolescentes.

Algunos autores recomiendan que no se exceda de un 10% del peso corporal durante el periodo de crecimiento.

Para paliar los posibles efectos de las cargas que se soportan y de los periodos de inactividad y sedentarismo, es necesaria una educación global y una adecuada educación física, incidiendo sobre la correcta colocación de las mochilas y evitar sobrecargas de forma innecesaria por lo que la enfermería puede incidir positivamente sobre la disminución del dolor de espalda con una serie de actividades realizadas en los Institutos y colegios de primaria; llevando a cabo seguimientos de los escolares, y charlas de educación sanitaria en las que se les inculque lo importante que es una adecuada distribución de la carga, el llevar solo el material necesario para no sobrecargar innecesariamente la mochila, higiene postural y el fomento de la actividad deportiva adecuada.

## AGRADECIMIENTO

Agradezco la ayuda prestada por parte de los Directores y profesores de los Institutos, al igual que a los alumnos participantes en este estudio, ya que sin su inestimable ayuda no se habría podido realizar, al igual que al Dr. Montero, traumatólogo del Hospital da Costa que me ayudó a darle forma al estudio.

## BIBLIOGRAFÍA:

- Gestoso M, Gil del Real MT et al. Frecuencia de las dolencias de la espalda entre los adolescentes y factores asociados a un mayor riesgo de padecerlas. Pain 2003;103:259-268
- Gil del Real MT, Kovacs FM, Gestoso M, Mufraggi N, Diéguez JM and Balearic Back Pain Group. "Evaluation of two questionnaires to determine exposure to risk factors for non-specific low back pain in Mallorcan schoolchildren and their parents". European Journal of Public Health 1999;9:194-199).
- Guimaraes da Silva, M.A.El alumno de fisioterapia y programas educacionales profilácticos del dolor lumbar en adolescentes". Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología 1998 ; 1(2) : 89-104
- Dia K. Shehab F.R.C.P.C. and Khaled F. Al-Jarallaha, F.R.C.P.C., F.A.C.R. departamento de medicina, facultad de medicina, universidad de Kuwait, Safat, Kuwait .Dolor de espalda no específico en niños y adolescentes Kuwaiti: Factores asociados Diario de la salud adolescente 01.01.2005; 36(1): 32-35
- Gallardos L. Lumbalgia, puede evitarse realizando ejercicio, Disponible en: <http://www.mediks.com/sluyvida/articulo.php.id=1269>
- Rateau MR. Use of backpacks in children and adolescents. A potencial contribuor of back pain. Orthop Nurs. 2004 Mar-Apr;23(2):101-5
- Nance DK. Hickey M. Spondylolisthesis en children and adolescents. Orthop Nurs. 1999 Jan-Feb; 18(1):21-7.
- Cardon G. Balague F. Low back pain prevention's effects in schoolchildren. What is the evidence? Eur Spine J. 2004 Dec; 13(8):663-79. Epub 2004 Jun 15.



**AUTOR/ES:**

Ana Lucia Noreña Peña, Luís Cibanal Juan

**TÍTULO:**

El contexto de la interacción comunicativa entre el profesional de enfermería y el niño hospitalizado. Un estudio exploratorio.

**TEXTO DEL TRABAJO:**

Introducción. La actividad enfermera, puede ser considerada como una interacción comunicativa, basada en dar sentido, comprensión y consideración a la experiencia del paciente. Se podría decir que, el objetivo de la comunicación en enfermería, es ayudar a las personas que demandan cuidados a concretar las percepciones de lo que creen necesitar y esperan de la atención sanitaria. Las investigaciones en este campo han reconocido que éste interés disciplinar por aplicar conocimientos y destrezas en materia de comunicación, aún no se ve reflejado en la práctica asistencial de enfermería. Los estudios, siguen argumentando que existen serias deficiencias en aspectos de la interrelación con el paciente, dentro de la atención enfermera. (1,2,3,4) En este sentido, hay autores (5,6,7,8) que aluden que son escasas las investigaciones que se realizan sobre los aspectos que componen y fundamentan la interacción enfermera –paciente, además consideran que existen debilidades, dentro de la disciplina enfermera, en términos de formación de habilidades de comunicación y que éstas repercuten cada vez más, en la calidad de la atención enfermera. En este sentido, una de las áreas que ha sido descrita en la bibliografía como crítica para los profesionales de enfermería es la comunicación con los pacientes pediátricos. Las razones para que, esta situación se presente son, de diversa índole, pero las que manifiestan como de mayor relevancia es que, se requiere del conocimiento y de la posesión de habilidades específicas, además hay que, tener cualidades relacionales y actitudes que faciliten la comunicación con el niño y su familia (9). En el caso de los niños, las relaciones con los profesionales de enfermería son especialmente importantes, debido a que el paciente pediátrico posee necesidades muy distintas a las de los adultos, tanto por su inmadurez como por su limitada capacidad de adaptación a gran número de factores del ambiente hospitalario. Un factor importante, que influye directamente en el bienestar general del paciente, es el significado que le atribuyen las familias y el mismo niño a los estímulos hospitalarios. La percepción que tenga el binomio niño- familia acerca de las interrelaciones con los profesionales dentro este ambiente, condicionan en parte las respuestas que se obtengan ante el cuidado del niño.

Objetivo General. El propósito de este trabajo de investigación es: comprender la dinámica de la interacción comunicativa que se da entre el niño hospitalizado y el profesional de enfermería, así como describir los aspectos que abarca dicho proceso.

Objetivos Específicos. Identificar los condicionantes ambientales que influyen en la interacción comunicativa. Describir el contexto en el que se desarrolla el proceso de comunicación, así como las características principales del comportamiento de los sujetos participantes (enfermera- binomio niño -familia) en dicho proceso.

Metodología.

Diseño: Se trata de una investigación descriptiva –exploratoria, basada en métodos cualitativos de recolección y análisis de datos.

Recolección de datos: Este estudio se realizó en el servicio de pediatría de un hospital de tercer nivel de atención sanitaria de la ciudad de Alicante - España. Los datos fueron recolectados, durante el primer semestre de 2006, consistió en 105 horas de observación participante, que fue orientada bajo el diseño de una guía. Además, se realizaron 8 entrevistas semiestructuradas a niños que cumplieran los criterios de participación (realizadas en más de una ocasión, es decir a cada niño se le entrevistó 2 veces, en dos momentos distintos). Esta recolección de datos, también fue contrastada con otras fuentes como entrevistas informales con las enfermeras, padres, y otro personal sanitario. Los sujetos participantes estaban conformados por el niño de 8-14 años, su familia y la enfermera. Los datos recogidos en los diarios de campo de esta investigación, se clasificaron y analizaron de forma manual. Para el análisis de los datos cualitativos extraídos del diario de campo y de las entrevistas, se crearon categorías básicamente descriptivas.

Estas categorías posteriormente fueron contrastadas e interpretadas a la luz de la teoría previas o las hipótesis que se habían elaborado de la misma. Se utilizó los paradigmas del interaccionismo simbólico y el constructivismo para entender la realidad de manera holística, contextual, interpretativa, comprensiva y simbólica(10)

Resultados:

Factores que influyen en la interacción comunicativa

La cantidad y calidad de la información esta condicionada por las dinámicas de comunicación que se han creado en el ambiente hospitalario y éste factor puede estar incidiendo en la calidad de la atención sanitaria. Estos parámetros y reglas en que se da la comunicación, pueden variar, y que se establezcan de una manera u otra depende básicamente de los actores, de su nivel de entendimiento y del feedback que se de entre ellos mismos. En este estudio, se logró comprobar que cuando la interacción entre profesionales, sólo se realiza de manera puntual, es decir, con el fin de demandar información rápida, técnica y precisa del estado de los pacientes, se dificulta el proceso de retroalimentación, y esto puede ocasionar pérdida de información relevante para la atención del niño, Otros factores que como el empleo del lenguaje tecnificado, las relaciones de poder y/o jerárquicas establecidas en el ambiente hospitalario, el papel principalmente pasivo del niño (simplemente aportar información) siguen reproduciéndose imperceptiblemente en el ambiente hospitalario.

Implicaciones del niño en la interacción comunicativa con los profesionales de enfermería

De las observaciones se logró comprobar que el niño aprende y reconduce sus percepciones del entorno y de si mismo si se siente valorado y reconocido por las personas que lo rodean por eso es fácil ver que el niño siempre responde positivamente al estímulo afectivo de de los profesiones sanitarios. Éstos sonríen, se reconfortan, se animan, se divierten y a veces hasta esperan que sean visitados por el médico o la enfermera, llegando a preparar actividades para enseñárselas durante la visita. De las entrevistas realizadas, se puede ver que los que comunican, explican y organizan el mundo del niño son los padres o cuidadores principales. Casi siempre, son ellos, los que dan la explicación inicial de lo que sucedió, el por qué de la hospitalización, cómo va el día a día, la evolución de la enfermedad, los cambios. Un aspecto importante de este punto es que los niños tenían una idea clara (según sus referentes cognitivos) de la enfermedad, daban una explicación apropiada, y acorde con su desarrollo, de lo que les había sucedido. Esta explicación a veces la daban de forma estructurada y en otras, aunque no usarán un léxico claro, sí tenían ideas precisas del motivo de la hospitalización y de la misma enfermedad. Es decir, aunque no pudieran organizar bien la información, en la transmisión del mensaje, siempre dejaban claro lo que les había sucedido. El niño identifica al médico como aquella persona dentro del hospital que “comunica, informa y cuida”. Además perciben de la interacción comunicativa con el médico aspectos relacionados con el alta, la recuperación y el bienestar psicosocial. La mayoría de los niños hacían alusión a las actividades rutinarias que les impone el hospital, relacionan el bienestar en el hospital con el tipo de actividades que realizan, el trato y la dieta.

Implicaciones del profesional de enfermería en la interacción comunicativa con el niño y su familia

El tipo de información y cantidad que suministra la enfermera puede no ser suficiente para cubrir las necesidades biopsicosociales y de bienestar de las familias y de los niños durante la estancia hospitalaria, debido a que la comunicación no es pactada bajo unos objetivos comunes, donde no hay unas ideas o intenciones comunes, es difícil alcanzar el equilibrio y/o congruencia entre lo que se demanda frente a la interacción, la que se da y percibe Por ejemplo, el niño en la mayoría de observaciones de éste estudio, se convierte en una fuente de información, o incluso en un confirmador de la información suministrada por los padres. Se diría que la interacción esta enfocada en las actividades de cuidado para con el niño. Además, es común que las interacciones con los niños sean muy cortas y/o específicas. Cuando se quiere indagar sobre algún aspecto importante, casi siempre, se les habla en primera instancia a los padres, y en segundo lugar, se le pregunta al niño. Se observó que en la mayoría de las interacciones que la enfermera establece con el niño y su familia, están basadas en proporcionar o suministrar información por parte de ésta. Dicha información va centrada en aspectos que demande la familia para el cuidado del niño, por ejemplo, si el niño se puede bañar o no, qué manejo tener con la herida, el estado de salud, entre otros aspectos. La enfermera también hacía recomendaciones sobre conductas en salud, o de cambios de comportamiento que deberían adoptar los niños frente a la estancia hospitalaria. Las enfermeras utilizaban estrategias para ser empáticas con el niño, para obtener

respuestas positivas en la interacción, o simplemente con el fin de acercarse a él. En este sentido, las enfermeras utilizan la sonrisa (natural o de cortesía) para comenzar o finalizar una interacción con los niños y sus familias, ellas también hacen bromas, o usan palabras o gestos cariñosos para animar a los niños.

Discusión. La investigación cualitativa en los aspectos que conforman la interacción comunicativa enfermera paciente es esencial si se desea comprender e intervenir, de manera adecuada, en las actitudes y comportamientos que adoptan los niños durante la hospitalización. Se requiere a través del desarrollo de un mayor número de investigaciones, mejorar el conocimiento de los aspectos subjetivos que rodean la experiencia hospitalaria del niño. El niño es precisamente a través de la interacción con los profesionales que puede descubrir diferentes perspectivas acerca de su estado de salud, y ampliar el entendimiento de la vivencia de la enfermedad, ganar o disminuir la confianza frente a la toma de decisiones. En este sentido, las estrategias de educación en salud y de la promoción del bienestar y de la misma atención asistencial, deben estar encaminadas a potenciar el rol protagónico del niño dentro del cuidado de la salud, y resaltar el derecho que tiene de recibir explicaciones e información clara y oportuna. Dentro de los principios de comunicación del sistema sanitario, el reto debe consistir en crear una forma cooperativa de comunicación, que tenga sentido para ambos (profesional –binomio niño familia), tal vez y como consecuencia de esto se conseguiría incidir en el bienestar psicosocial del niño y mejorar su percepción del tiempo de estancia hospitalaria. Hay que reflexionar sobre, la interacción entre enfermera y el niño, la cual es más que una simple interrelación, sería importante que la enfermera conociera la demanda real de interacción y su importancia, a modo de utilizar espacios en el hospital que permitan compartir significados con los niños y sus familiares. Esta relación, engloba todo un contenido afectivo y social, y por tanto, debe ser asumida como un aprendizaje constructivo que ayude durante la estancia hospitalaria, a poner el énfasis en el acompañamiento efectivo, la escucha terapéutica, la intervención del síntoma y el signo desde la perspectiva del niño. Sierra (11) piensa al respecto que, “De la comunicación directa con el niño enfermo, se podría lograr la reivindicación del vínculo afectivo como facilitador de la recuperación y la recurrencia”.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Faulker A. Effective interaction with patients. London: Churchill Livigstone.1998. En S. Chant, T. 2. Jenkinson J. Randle y G Russell. Communication skills: Some problems in nursing education and practice. JAN 2002;11(13): 12-21.
2. Makoul G. y Schofield T. Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. Patient Education and Counselling1999, 37 (2): 191-195.
3. Burnard P. y Morrison P. Nurses interpersonal skills: A study of nurses perceptions. Nurse Education, 1991;11: 24-29.
4. Gijbels H. Interpersonal skills training in nurse education: Some theoretical and curriculars consideration. Nurse Educ Today, 1993;13(6): 458-465.
5. Wilkinson S, Roberts A y Aldridge J . Nurse patient communication in palliative care:an evaluation of communications skills programme. Palliative Medicine, 1998;12: 13-22
6. Suikkala A. y Leino-Kilpi H. Nursing students - Patients relationship: a review of literature from 1884-1998. J Adv Nurs 2001; 33: 42-50.
7. Reynolds, W. y Scout, P. Do nurses and other professionals helpers normally display much empathy? J Adv Nurs 2000; 31(1):226-234
8. Vydelingum V. South Asian patients lived experience of acute care in an English hospital: A phenomenological study. J Adv Nurs 2000; 32(1):100-107
9. Watson K, Kieckhefer G. y Olshansky, E. Striving for therapeutic relationship: Parent –Provider Communication in development treatment setting. Qualitative Health Research 2006;16(5): 647-663
10. Northouse P y Northouse L. Health communication: Strategies for professionals Norwalk, CT: Appleton and Lange. 1992

**AUTHOR/S:**

Margarida Reis Santos; Constança Paúl; João Amado

**TITLE:**

ALCOHOL INGESTION HABITS AMONG HIGH-SCHOOL ADOLESCENTS

**TEXT:****INTRODUCTION**

In spite of being illegal, alcohol consumption in adolescence continues to be an important public health concern. Portugal remains one of the largest consumers of alcoholic drinks worldwide, and alcohol consumption is increasing among youngsters and female adolescents, two groups which are more vulnerable and which traditionally occupied the lower end of the consumption scale [DR, 2000]. Recent research suggests that the kind of serious drinking problems previously associated with middle adulthood (including alcoholism) often emerge during adolescence and young adulthood [NIAAA, 2004].

Alcohol consumption may have a significant influence on the life of adolescents, since it may affect their ability to achieve the goals that are commonly associated with this life stage [FELDEMAN, 1999, SANTOS, 1996], such as academic skills, the development of self-concepts and identity, and of positive relations with their peers and family, occasionally halting their life projects.

Alcohol use may also have consequences on their health condition, including illness, sexual relations that are unwanted, unplanned, and unprotected, and involving occasional partners. It may also cause car accidents, and other accidents related to exaggerated alcohol consumption, and increase the occurrence of suicide behaviours in adolescence [SANTOS, 1996].

The analysis and interpretation of the alcohol use data within students will guide nurses for alcohol abuse prevention initiatives [FELDEMAN, 1999].

**2 – AIM**

This research aims to progress along a path where the context of evolution leads to better health, both to the adolescent and to the future adult.

**3- OBJECTIVES**

The main objectives of this work consist of identifying the alcohol ingestion habits among high-school adolescents.

**4 – METHODS**

We carried out a descriptive and exploratory study. Data collection was done using an anonymous questionnaire, filled in on a voluntary basis (filled in the classroom, within the standard time-slot of one class), and took place between March and November of 2005.

**5- SAMPLE CHARACTERISATION**

The sample used in this study came from various schools in the district of Porto and comprises 680 adolescents attending the 10th grade (N=238, 35,0%), the 11th grade (N=280, 41,2%), and the 12th grade (N=162, 23,8%).

The respondents are aged between 15 and 19 years old, and on the average 16,6 years old (standard deviation 1,031).

Taking into consideration various common aspects among youngsters at certain age slots, adolescence is frequently divided into three phases: an initial stage, from 10 to 13 years old; an intermediate stage, from 14 to 16 years old; and the final stage, from 17 to 19 years old [SANTOS, 1996; BEKAERT, 2005; WHO, 2005]. This classification was also adopted in our study, and as a consequence we will deal with the variable "age" according to these three stages.

The majority of adolescents that participated in our study are females (N=405, 59,6%) and belong to the third group, aged from 17 to 19 years old (N=354, 52,1%).

## 6 – FINDINGS

42,6% (N=290) of the participants in our study consume alcoholic drinks. The majority of these adolescents (N=194, 73,5%) started to drink between 14 and 16 years old; the earliest drinkers started at 8 and the latest started at 18. On average, these youngsters started to drink at 14,5 years old (SD=1,64). Girls started on average at 14,4 years old (SD=1,67) and boys at 14,5 years old (SD=1,60).

In what concerns alcohol consumption by relatives living with these adolescents, we concluded that the majority of their fathers (N=454, 73,5%) are drinkers, contrary to what happens with their mothers (N=240, 38,2%), brothers (N=50, 12%) and grandparents (N=28, 43,8%).

Concerning alcohol consumption by their friends, nearly half (N=298, 45,1%) of the respondents state that most of their friends are regular drinkers.

Most of our drinking adolescents (N=216, 75,8%) do so in the company of their friends, while the remaining respondents do so in the company of family and friends (N=47, 16,5%), of their family (N=17, 6%), or simply alone or in the company of another person (N=5, 1,8%).

Discotheques and other public places are preferred by adolescents to drink (N=92, 32,6%). Their home and public places (N=68, 24,1%), discotheque (N=61, 21,6%), public places other than discotheques (N=41, 14,5%), and their homes (N=20, 7,1%), are the other drinking places indicated in their answers.

Distilled drinks are the preferred type (N=157, 57,5%) by our adolescents. In the week prior to their participation in our study, more than half of our drinking adolescents drank alcohol (N=146, 52,3%), distilled drinks (N=63, 43,2%), beer (N=38, 26,0%), distilled drinks and beer (N=30, 20,5%), beer and wine (N=6, 4,1%), distilled drinks and wine (N=5, 3,4%), distilled drinks, beer and wine (N=3, 2,1%), or only wine (N=1, 0,7%).

Application of the Chi-Square test brings into evidence a highly significant statistical relationship between age and alcohol ingestion (Chi-Square =7,831, df=1, p=0,005): the number of drinking adolescents increases as they become older. Alcohol use is also influenced by gender (Chi-Square=9,708, df=1, p=0,002), boys drink more (49,8%) than girls (37,8%).

We also concluded that having drinking friends is associated to alcohol consumption (p=0,000, Chi-Square=106,931, df=1), and it became evident in our study that the majority of drinking adolescents have friends that drink as well. Alcohol consumption by their brothers is also associated to drinking adolescents (p=0,002, Chi-Square=9,470, df=1). We observed that the percentage of drinking adolescents whose brothers also drink is significantly higher than non-drinking adolescents with drinking brothers.

The vast majority of drinking adolescents (92,3%) does not wish to stop drinking. After analysing their replies, the justifications given by those adolescents who answered the question "Why wouldn't you like to quit drinking?" were classified into six categories ("I do not drink much", "I'm not addicted", "I like to drink", "I rarely drink", "Drinking is not bad for health", and "It helps me to be in a good mood"). "I do not drink much" was the most common answer by our respondents.

Nearly half of our drinking adolescents (N=126, 44,1%) say that they have already got drunk (girls: N=60, 47,6%; boys: N=66, 52,4%). Age is related to getting drunk (p=0,004, Chi-Square=8,409, df=1), and the group of older adolescents is where we found the higher percentage of those that have already got drunk. However, we didn't find evidence of a significant statistical relationship between gender and getting drunk..

## 7 - DISCUSSION

The results obtained in our study are in accordance with those available from other works in this area, showing that adolescence is when most youngsters first come into contact with alcohol (SAMPAIO, 2006; HAYES et al, 2004), that alcohol consumption increases as they get older, and that most of those under 18 view drinking positively, and namely as a means of socialising with friends (IAS, 2007), that peers and siblings provide important role models for the use of alcohol [WHO, 2004].

The earliest age for drinkers is lower for girls than for boys, which is also the case in the findings published by HAYES et al (2004). On the average our adolescents started to drink at a slightly later age (14 years) than the findings reported on the HBSC study (12 years), but this is still a reason for concern. Likewise, the percentage of adolescents that got drunk at least once (44,1%) is also a matter of concern, and is higher than the findings reported by Mello in 2001 (19%), for Portuguese

students at the same scholarly stage.

Alcohol consumption among adolescents represents a public and individual health problem, which is important to attack as soon as possible. Nursing professionals, mainly those working in primary health care, is of vital importance. The solution to this problem relies in its identification and prevention, rather than in treatment. Nurses must therefore use all contacts with adolescents to perceive if this problem is present, and to recommend healthy living styles.

Education for health must be part of the regular curricula delivered to children and adolescents in order to promote healthy life styles. As stated in [WHO, 2002, p.1], "preventing risk behaviours and promoting healthy attitudes among adolescents is likely to improve health conditions not only during adolescence, but also in adulthood."

#### **BIBLIOGRAPHY:**

Adolescents and alcohol. 2007. Available from:

<http://www.ias.org.uk/resources/factsheets/adolescents.pdf>

DR: Diário da República. 2000 – I Série-B, p 6837

Feldman L, Harvey B, Holowaty P, Shortt. Alcohol use Beliefs and Behaviors Among High School Students. *Journal of Adolescent Health* .1999 ;24:48-58

Hayes I., Smart D., Toumbourou J, Sanson A. Parenting influences on adolescent alcohol use. Australian Institute of Family Studies. 2004. In

<http://www.aifs.gov.au/institute/pubs/resreport10/alcohol.html>

Mello M, Barrias J, Breda J (2001). In Borges C, Filho H. Usos, abusos e dependências: alcoolismo e toxicodependência. Lisboa: Artes Gráficas; 2004. ISBN: 972-796-150-9

NIAAA. 2004. Understanding Underage Drinking. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. In <http://pubs.niaaa.gov/publications/factsheet.htm>

Sampaio D. Lavrar o mar: um novo olhar sobre o relacionamento entre pais e filhos. Lisboa: Caminho; 2006

Santos M. O Internamento na Adolescência. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto, s. Ed.; 1996

WHO. Policies on Adolescent Health and Development: a Guide for Policy-makers. *Child and Adolescent Health and Development Focus*. 2002 Available from:

[www.pro.who.int/pdf/ADH/policies2002.pdf](http://www.pro.who.int/pdf/ADH/policies2002.pdf)

WHO. Young people's health in context – health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. 2004. Available from:<http://www.euro.who.int/document/e82923.pdf>

## Mesa de comunicaciones 8(Español):Práctica en enfermería

### AUTOR/ES:

Santos Ruiz, Susana; López Parra, Maria; Varez Pelaez, Susana; Abril Sabater, Dolors, Rocabert Luque, Maria.

### TÍTULO:

Aplicabilidad de Modelos y Teorías de Enfermería en la realidad asistencial: Primera fase.

### TEXTO DEL TRABAJO:

#### INTRODUCCIÓN:

La teoría es esencial para la práctica enfermera porque nos ayuda a organizar, comprender y analizar los datos del enfermo y a tomar decisiones sobre las intervenciones enfermeras (1). Es una herramienta útil en todas las áreas de la profesión: asistencial, gestión, investigación y docencia (2). La clasificación más importante de los modelos enfermeros descrita en la bibliografía es la de Kérouac que diferencia según el momento histórico 3 paradigmas: categorización, integración y transformación (2). El metaparadigma enfermero es clave en la teoría enfermera, es el nivel de conocimiento más abstracto, y esta formado por los conceptos de persona, entorno, salud y enfermería (1,2). Para defenderlos las enfermeras desarrollan una estructura mental en la cual basan su práctica, y están influenciados por creencias y desarrollo personal y profesional, son diferentes según el modelo o teoría enfermera, y deben ser relevantes en el ámbito laboral tanto para enfermería como para las personas atendidas (3).

Pese a la importancia del tema, existe una dicotomía entre la teoría y la práctica (4,5,6). Además en el momento del estudio en nuestro centro no existe un modelo de metodología enfermera para guiar la práctica asistencial, por lo tanto este proyecto llega en un momento crucial de cambio.

#### OBJETIVO:

Conocer la filosofía del cuidado de los profesionales de enfermería en el nuestro centro de trabajo.

#### METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo, observacional. Consta de 2 fases, valoración sobre el objeto de estudio previa y posterior a la implantación de una nueva metodología de trabajo por la dirección de enfermería. (Presentamos los resultados descriptivos de la primera fase).

#### Variables:

##### Variable principal:

Modelos y teorías. Metaparadigma enfermero, perspectiva de los conceptos: enfermería, entorno, salud, persona.

##### Variables secundarias:

sociodemográficas, tipos de registro, metodología de trabajo asistencial.

##### Recogida de datos:

Cuestionario de elaboración propia. Revisado por el departamento de epidemiología, con realización de una prueba piloto. Consta de tres partes: carta de presentación, glosario y 37 preguntas (36 cerradas de respuesta múltiple y una pregunta abierta).

La recogida del primer cuestionario se realizó en abril - mayo 2006.

##### Análisis estadístico:

Se realizó un estudio descriptivo de todas las variables, se usó el paquete estadístico SPSS 11.0.

Lugar de estudio: Se desarrolla en todos los ámbitos de la Corporación Sanitaria del Parc Taulí (CSPT) en Sabadell (Barcelona).

Sujetos de estudio: La totalidad de diplomados y/o ATS en activo en toda la Corporación en el momento de la recogida, que voluntariamente respondieron el cuestionario. (muestreo no aleatorio de conveniencia)

#### RESULTADOS:

Se repartieron 546 cuestionarios, recogidos 205 (1 excluido por no cumplir criterios de inclusión)

Índice de respuesta: 37,62%.

##### Datos demográficos:

Edad media 36.76+ 9.23. Sexo: 89.7 mujeres. Años de experiencia laboral: 14.07+9.3. Años en la CSPT: 12.86+9.12. Formación básica: 86% DUE, 14% ATS. Formación: 23.5% relacionada con modelos. Modelo más referenciado como usado en la Universidad: Henderson 74%, 11.8% ninguno.

Datos sobre el Modelo:

Uso de modelo en la actividad diaria: sí 23%. Modelo utilizado: 18.6% Henderson. Según características y patología de la persona un 41,7% opina que no es necesario un modelo específico. La mayoría ha tenido formación en la Universidad. Destaca que el 43.6% no se posiciona por ningún modelo, un 16,7% del personal no trabajaría con ninguno. De los que optaron por un modelo el 35,3% V. Henderson, y un 4,4% otros (1% Nightingale, el 1% con NANDA, el 0,5% Gordon, el 0,5% Orem, el 0,5% paradigmas, el 0,5% diagnósticos i el 0,5% con necesidades).

Metodología de trabajo asistencial:

Procedimientos y protocolos: nadie manifiesta que no sean útiles. Conocimientos de metodología: 75% Conoce NANDA, 52% conoce Trayectorias, 71.1% conoce los planes de cuidados estandarizados. Uso de diagnósticos: 9,3 % siempre, 21,6% a veces.

Registros:

La hoja de valoración enfermera al ingreso facilita el trabajo para el 40.7%. Las observaciones que realizan y registran de forma habitual son mayoritariamente el estado general (83,3%), las curas (75%), la alimentación (67,6%), la eliminación (62,7%), la movilización (61,3%), el grado de autonomía / dependencia (60,3 %), la higiene (57,8%), y la relación con la familia (42,2%). Por debajo los hábitos religiosos (8,3%), y otros 20,1%. (reacción a quimioterapia, necesidades alteradas,...)

Metaparadigma Enfermero:

Concepto de Enfermería: mayoritariamente la definición basada en Henderson (75%): "Ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de las actividades que contribuyen a su salud o recuperación o a una muerte tranquila". Y la definición fundamentada en Leininger (56,9%): "Profesión y disciplina humanista y científica que se centra en los cuidados para ayudar, apoyar, facilitar o capacitar a las personas". Un 78,3% de los encuestados creen que enfermería es principalmente una profesión.

Concepto de salud: La definición más escogida fue la apoyada en Erickson (79,4%): "Es un estado de bienestar físico, social y mental, y no únicamente la ausencia de enfermedad". Y el enunciado basado en Nightingale (37,7%): "Ausencia de enfermedad, sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar al máximo todas las facultades de la persona".

Concepto de entorno: Mayor proporción para las definiciones desarrolladas a partir de Roy (52,9%): "Todas las condiciones y circunstancias que rodean y afectan el desarrollo y comportamiento de la persona" y Henderson (52,5%) "Conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo"

Concepto de persona: Se han escogido mayoritariamente las definiciones basadas en Roy (54,4%): "Es un ser biopsicosocial en constante interacción con el medio ambiente cambiante". Y Travelbee (49,5%): "Es un ser humano que se encuentra en un proceso continuo de progreso, evolución y cambio". El 70,4% utiliza el término de enfermo en los registros. La concepción del individuo es holístico para un 75,6%.

DISCUSIÓN:

La mayoría han sido formados bajo el modelo de Henderson, aunque no se identifican con éste en los conceptos de salud y persona. Esto puede ser debido a que la práctica asistencial puede modificar nuestra conceptualización (7). Además, por los resultados obtenidos observamos que no existe un paradigma dominante que clarifique las guías de pensamiento y práctica de la mayoría de las enfermeras, ya que, la complejidad de las respuestas humanas centro del cuidado enfermero, dificulta que una sola definición pueda dar explicación a todas ellas (8).

Un 25% considera que el modelo que usaba como estudiante no le es útil en la labor diaria, corroborando la bibliografía (9,10). Sin embargo, un 63% de los profesionales sí desearían implantar un Modelo, aunque sólo un 39,7% se define por una autora en concreto, mayoritariamente coincide con la que se utilizó en su formación pregrado, quizás por el desconocimiento de otras Teorías. A menudo, los modelos y teorías de enfermería se relegan de la práctica enfermera porque son complejos y no se conocen en profundidad (5).

La mayoría de los profesionales considera que los documentos de registros de Enfermería no favorecen trabajar bajo un modelo, posiblemente porque han quedado obsoletos. Aunque en centros donde tienen implantado un modelo (V. Henderson), reconocen que cumplimentan con poca frecuencia (11). Gran parte de los encuestados considera enfermería una profesión, dato que se diferencia con la encuesta de El Libro Blanco de Enfermería donde un gran número de



profesionales se identificaba con vocación (12).

Muy probablemente los profesionales eligen la definición de salud de Erickson porque esta autora utiliza la definición de la OMS, y es la más conocida mundialmente.

Todos los conceptos analizados del metaparadigma Enfermero pertenecen mayoritariamente a autoras en el paradigma de la integración, excepto en el concepto de enfermería en el que queda reflejada la visión más actual del paradigma de la transformación. Posiblemente, es debido a que la organización actual del sistema sanitario está todavía basada en una visión biomédica y gran parte de los profesionales se han identificado con el término paciente. La visión de la persona puede estar influenciar sobre el resto de los conceptos (salud y entorno).

#### CONCLUSIONES:

Se evidencia una gran variabilidad de posicionamiento teórico de los profesionales de enfermería de la CSPT, el metaparadigma enfermero no surge de una única teoría.

Complejidad del tema, se manifiesta una confusión entre metodología y modelo enfermero, por lo que sería necesario una unificación de criterios, conceptos y lenguaje que agilizará la práctica asistencial. Son necesarios registros que reflejen nuestra conceptualización enfermera y que faciliten la asistencia

Necesidad de formación: sólo el 23,5% tiene formación continuada en el tema.

Implicaciones para la práctica: Cuando se evalúa la semejanza entre la práctica diaria y los modelos teóricos de enfermería, se obtiene información relevante para la implantación de un modelo teórico en la práctica enfermera. La adopción de un modelo se ha de entender como un proceso de reflexión individual y colectivo y un importante trabajo de consenso anterior e imprescindible sobre lo que hacemos y pretendemos (13). Por lo que a través de esta investigación, se ha realizado el paso previo de conocer la actitud de los profesionales de nuestro centro respecto a las teorías de enfermería y se ha comprobado si corrobora la afirmación de que "las enfermeras asistenciales no encuentran aplicabilidad de los modelos teóricos en el trabajo diario" hallada en la literatura revisada (9). Además, será de gran ayuda futura para conocer el impacto de la instauración de un nuevo modelo enfermero en la práctica asistencial.

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed. Madrid: Mosby; 2003.
2. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996.
3. McCutcheon T. Statement on nursing: a personal perspective. Gastroenterology Nursing. 2004;27(5):226-9.
4. Maben J, Alter S, McLeod J. The theory-practice gap: impact profesional-bureaucratic work conflict on newly-qualified nurses. J Adv Nurs 2006;55(4):465-477.
5. López-Parra M et al. Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. Enferm Clin 2006; 16(4):214-7.
6. Goulet C, et al. Enfermería de práctica avanzada: un tesoro oculto. Enferm Clin. 2003;13(1):48-52.
7. Wimpenny P. The meaning of modelos of nursing to practising nurses. J Adv Nurs. 2002;40(3):346-54.
8. Zabalegui A. Teoría y progreso de la ciencia de enfermería. Enferm Clín 2000; 10 (6): 263-266.
9. Medina JL. ¿Teoría? ¿práctica? El difícil equilibrio académico y profesional en la España "pre Europea" (II). Revista Rol Enfermería 2005; 28(4):246-248.
10. Zaragoza A. El proceso de atención de Enfermería. Perspectiva de profesores y alumnos. Revista Rol Enfermería 1999; 22(9):583-590.
11. Hernández D et al. Elaboración de un registro enfermero para hemodiálisis según la norma ISO 9001: 2005. Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2007; 10(1):15-22.
12. Consejo General de Enfermería. Libro Blanco de enfermería. La aportación de la enfermería en la salud de los Españoles. Madrid: CGE, 1998.
13. Alberdi R, Artigas B, Cuxart N, Aguera A. Guías para implantar la metodología enfermera. Revista ROL Enfermería. 2003 ; 26(9):73-4.
14. Fawcett J The metaparadigm of nursing: present status and future refinements. Image 1984; 16(3):84-87.
15. Thorne S et al. Nursing's metaparadigm concepts: disimpacting the debates. J Adv Nurs 1998;27:1256-68.
16. ISICS. El proyecto NIPE: La normalización de la Práctica profesional. [acceso 26 Oct 2005]. Disponible en: <http://www.nipe.enfermundi.com>

**AUTOR/ES:**

Oriol M., Chirveches E., Roca J., Fernández P., Bisquert C., Plana C., Sánchez I., Pinyana A., Quer X.

**TÍTULO:**

PACIENTE TIPO QUIRÚRGICO: APLICACIÓN DEL MODELO DE ENFERMERÍA DE VIRGINIA HENDERSON Y ESTRATEGIA DE DEFINICIÓN

**TEXTO DEL TRABAJO:****INTRODUCCIÓN**

Trasladar cualquier modelo de enfermería a la práctica asistencial es un proceso complejo. Los cuidados de enfermería se centran en las necesidades de las personas, la familia o la comunidad y en la utilización del Proceso de Atención de Enfermería. El uso del concepto de "Paciente tipo" para clasificar los pacientes según un mismo problema de salud, sirve para plantear los cuidados que un paciente necesita. Se utiliza el modelo conceptual de Virginia Henderson para alcanzar los objetivos del estudio.

**MATERIAL Y MÉTODOS****Diseño**

Estudio descriptivo de estimación de grados de necesidades en pacientes con patologías homogéneas ingresados para ser intervenidos quirúrgicamente.

**Sujetos de estudio**

Pacientes ingresados en las plantas de hospitalización quirúrgica del Hospital General de Vic (Barcelona) durante el periodo comprendido entre el 23 de febrero y el 13 de diciembre de 2004, de edad de 18 o más años, con niveles de riesgo anestésico según la escala ASA I, II o III, para ser intervenidos de un procedimiento quirúrgico de cualquier especialidad (cirugía general, traumatología, vascular, dermatología, toco-ginecología, urología). Se excluyeron los intervenidos por Cirugía Mayor Ambulatoria, los que tenían un riesgo anestésico ASA IV y los que presentaban dificultades de comprensión y/o comunicación verbal.

**Variables de estudio**

Una enfermera realizó una entrevista semiestructurada a los pacientes participantes durante el postoperatorio para valorar su estado de salud, cumplimentando un cuestionario que recogía las siguientes variables sociodemográficas y clínicas: sexo, edad, procedimiento quirúrgico, riesgo anestésico o quirúrgico (ASA), días entre la fecha pre y postoperatoria, tensión sistólica y diastólica pre y postoperatorias, frecuencia cardiaca pre y postoperatoria y todas las variables relacionadas con las 14 necesidades básicas de los pacientes según el modelo de enfermería de Virginia Henderson, junto con índices y escalas de salud tales como clase social, índice de movilidad, índice de Barthel, riesgo de presentar una lesión por presión según la escala de NORTON, EVA del dolor y escala de riesgo de caídas NOCAU.

**Análisis estadístico**

El análisis descriptivo uni y bivariante se realizó con el paquete estadístico SPSS v.13.0, y el multivariante con SPAD v.4.5.

a) Descriptiva univariante: tablas de frecuencias y estadísticos descriptivos.

b) Descriptiva bivariante: test exacto de Fisher para variables categóricas y test t-Student para continuas, utilizando un nivel de significación del 5%.

c) Descriptiva multivariante: Análisis de Correspondencias Múltiple y Análisis de Conglomerados.

El número total de posibles combinaciones de características era demasiado elevado comparado con el tamaño de la muestra para poder plantear un análisis adecuado de asociación entre variables. Para resolver esta situación, se realizó un Análisis de Correspondencias Múltiple y un Análisis de Conglomerados para reducir el número de variables y categorías manteniendo el máximo de información.

Esta reducción definió una nueva variable que recogía una clasificación de los pacientes en cuatro grupos con las características de las categorías de las variables originales asociadas. Esta partición se construyó según el criterio de homogeneidad máxima entre individuos de un grupo y heterogeneidad entre grupos.

## RESULTADOS

Se consiguió la participación de los 270 pacientes incluidos en el estudio. Estos pacientes tenían características homogéneas a los del total de la población del periodo de estudio (1419) respecto al sexo (eran hombres el 46,4% y el 52,6% de los no estudiados y estudiados, respectivamente) y la edad (eran menores de 65 años el 50,4% y el 48,1% de los no estudiados y estudiados, respectivamente). En cuanto al procedimiento se observaron diferencias estadísticamente significativas ( $p=0.01$ ) pero sin significación clínica, siendo los porcentajes bastante parecidos (el grupo de operaciones del sistema músculo-esquelético el 8,0% y el 5,6%; el del aparato digestivo y urinario<sup>24</sup> el 19,8% y el 18,5%; el del aparato digestivo, urinario y órganos genitales masculinos el 24,3% y el 25,9%; el del aparato digestivo, órganos genitales masculinos y femeninos el 42,6% y 39,3% y finalmente el de la piel, tegumentos y sistema endocrino el 5,2% y el 10,7% de los no estudiados y estudiados, respectivamente).

Resultados de la descriptiva univariante

La recogida de datos se realizó a las 24 horas del postoperatorio en 212 (44,8%) pacientes, entre 48-96 horas en 100 (37,0%) y posterior a 96 horas en 49 (18,1%) de los casos.

Resultados de la descriptiva multivariante: análisis de correspondencias y análisis de conglomerados.

El análisis de correspondencias múltiple y un análisis de conglomerados permitieron obtener una clasificación de los 270 pacientes incluidos en 4 clases, que explicó el 70% de la varianza total.

Clase 1 (26,66%): formada mayoritariamente por pacientes sometidos a operaciones del sistema músculo-esquelético. Eran mujeres, mayores de 65 años, con episodios de ingresos e intervenciones previas en más de cuatro ocasiones. Recordaban y valoraban su experiencia en el centro como satisfactoria y tenían conocimiento en cuanto a su funcionamiento. Habían cursado estudios de primer grado y estaban jubiladas. Tenían dificultad respiratoria con el movimiento, eran no fumadoras y presentaban una media de tensión arterial preoperatoria superior a 160 mmHg y una temperatura axilar postoperatoria  $<36^{\circ}\text{C}$ . Tenían sobrepeso, seguían dietas especiales habituales en el postoperatorio, negaban ingesta de alcohol y/o bebidas estimulantes y eran portadores de prótesis dentales (extraíbles y fijas). Estaban afectadas de incontinencia urinaria pero no utilizaban dispositivos de confort. Presentaban la movilidad alterada y no eran autónomas según la puntuación del Barthel. Manifestaron tener problemas con la conciliación del sueño y sensación de cansancio matinal, reclamaban ayudas durante el pre y el postoperatorio para dormir y se les había prescrito medicación para favorecer el sueño. Su puntuación de la Norton preoperatoria era  $<19$  y la postoperatoria  $<18$ . Presentaban dolor habitual con episodios y/o riesgos de caídas. Eran alérgicas a fármacos y otras sustancias de tipo no alimentario. Acumulaban como mínimo más de 6 problemas.

Clase 2 (31,48%): formada mayoritariamente por pacientes sometidos a operaciones del aparato digestivo, urinario y órganos genitales masculinos y femeninos. Eran hombres mayores de 65 años, con intervenciones previas, tenían una experiencia quirúrgica satisfactoria y estaban jubilados. Presentaban un alto riesgo quirúrgico según ASA, eran exfumadores y habían presentado una temperatura axilar postoperatoria entre  $36-38^{\circ}\text{C}$ . Ingerían habitualmente alcohol y eran portadores de prótesis dentales. No eran incontinentes pero presentaban problemas de micción y utilizaban mecanismos de confort. No manifestaban problemas para conciliar el sueño, se despertaban descansados y no reclamaban ayuda postoperatoria para dormir ni tenían prescrita medicación para favorecer su sueño. No tenían alergias de tipo no farmacológico (alimentos y otras sustancias), no presentaban episodios de caídas y habitualmente no manifestaban presentar dolor. Sí presentaban dificultades auditivas y/o visuales. A pesar de haber firmado el documento de consentimiento informado, no habían entendido su contenido. Acumulaban como mínimo entre 4-6 problemas.

Clase 3 (25,93%): formada mayoritariamente por pacientes sometidos a operaciones de la piel, tegumentos y sistema endocrino. Eran mujeres menores de 65 años, intervenidas en una o dos ocasiones anteriores. Habían cursado estudios de segundo y/o tercer grado, eran trabajadoras activas en áreas de gestión. No presentaban riesgo o poco riesgo quirúrgico según ASA, fumaban, no presentaban habitualmente ataques de tos y/o expectoración, respiraban bien en movimiento, presentaban unos valores de tensión arterial sistólica preoperatoria y postoperatoria  $<110\text{mmHg}$ . Tenían normopeso, no seguían dietas especiales en el postoperatorio y no eran portadoras de prótesis dentales.

No presentaban problemas miccionales y eran autónomas. Los valores de su Norton postoperatoria eran >18, no presentaban alergias farmacológicas, no recibieron profilaxis antibiótica durante el ingreso y no presentaban ni episodios ni riesgo de caídas, ni dificultades auditivas y/o visuales. Acumulaban como mínimo entre 0-3 problemas.

Clase 4 (15,93%): formada mayoritariamente por pacientes sometidos a operaciones del aparato digestivo y órganos genitales masculinos y femeninos. Eran pacientes que no tenían antecedentes de ingresos ni intervenciones en el centro. Habían cursado estudios de segundo grado, eran trabajadores activos y con perfil de administrativos. Tenían normopeso, no llevaban prótesis dentales, descansaban más de 6 horas al día y no tenían dificultades visuales ni auditivas. Desconocían la estructura del hospital y su funcionamiento.

#### DISCUSIÓN

Una de las dificultades más referidas por los enfermeros asistenciales, cuando se trata de adoptar en la práctica un modelo conceptual y utilizar el proceso enfermero, es la falta de tiempo para confeccionar un plan individualizado que contemple todos los aspectos de los cuidados de cada una de las personas que atiende. Disponer de un plan de cuidados estandarizado, basado en la definición de un paciente tipo es un elemento que facilita la gestión de los cuidados enfermeros, puesto que permite ser la base de todos los cuidados que se proporcionan a los pacientes quirúrgicos y sobre ella pueden confeccionarse los diferentes planes individualizados. Por otra parte la elaboración de planes de cuidados mediante cuidados estandarizados mediante la técnica de consenso y el uso de las taxonomías enfermeras son herramientas válidas para la homogeneización de cuidados y el desarrollo de la disciplina enfermera.

Este estudio ha estado financiado con una ayuda a la investigación 2004, del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona, una ACOM2004 y becado en el 2003 por la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña.

#### BIBLIOGRAFÍA:

1. Henderson V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. Madrid: CIE; 1969.
2. Luis MT., Fernández C., Navarro MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI, 3.ª ed. Barcelona: MASSON, 2005.
3. Martínez C., Cañadas A., Rodríguez E., Tornel S. Dificultades en la valoración enfermera. *Enfermería Clínica*. 2003;13(4):195-201.
4. Chirveches E., Arnau A., Soley M., Rosell F., Clotet G., Roura P., Oriol M., Isern O., Faro M. Efecto de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor. *Enfermería Clínica*. 2006;(1):3-10
5. Rayón E., del Puerto I., Narvaiza MJ. Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica. Madrid: SINTESIS, 2001.
6. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2001-2002. Madrid: Harcourt S.A., 2002.
7. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2005-2006. Madrid: Elsevier; 2005.
8. McCloskey J, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Madrid: Elsevier; 2005.
9. Morread S., Jonson M., Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Madrid: Elsevier; 2005.
10. The International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification 1978, Commission on Professional and Hospital Activities, Ann Harbor, Michigan 48705.
11. Richart, M., Cabrero J., Vizcaya MF. El uso de los modelos de enfermería en la investigación enfermera española: 1992-1996. *Cultura de los cuidados*. 1999, 1er semestre (5): 75-82.
12. Rodríguez M., Malia R., Barba A. Dificultades de los enfermeros para investigar en úlceras por presión y heridas crónicas. Un estudio cualitativo. *Gerokomos: Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*. 2001;12(04): 185-191.
13. Gálvez Toro A. Enfermería basada en la evidencia. Cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. Granada: Fundación Index, 2001.

**AUTOR/ES:**

Díaz Rodríguez DR, Pablo Leis A, Granados Martín M, Valera P

**TÍTULO:**

Lectura del Test rápido de ureasa en la infección gástrica por *Helicobacter pylori*

**TEXTO DEL TRABAJO:****1. Objetivos**

El *Helicobacter pylori* es una bacteria que coloniza la mucosa gástrica de aproximadamente la mitad de la población mundial (1) y sigue una distribución vinculada con el grado de desarrollo de cada país(2). Así se estima que la prevalencia de la infección es frecuentemente alta, 70 a 90% en los países en vías de desarrollo y 25 a 50% en Europa occidental (3,4). No obstante, tan sólo el 15% de las personas infectadas desarrolla una enfermedad en relación con esta infección (5).

El *Helicobacter pylori* es un factor esencial en la patogénesis de la enfermedad ulcerosa péptica, el linfoma MALT y el adenocarcinoma gástricos. En la etiopatogenia de la mayor parte de las úlceras gastroduodenales está implicada la bacteria *Helicobacter pylori*. La prevalencia de esta infección en las úlceras duodenales y gástricas es del 90-95% y 80-85% respectivamente. (6, 7) La detección y erradicación de la bacteria cura la úlcera activa y, a largo plazo, disminuye la reaparición de la úlcera y sus complicaciones. (7)

Hay diversos tests para detectar la presencia de la bacteria (8). Se clasifican en invasivos y no invasivos en función a la realización de gastroscopia y toma de biopsias para el diagnóstico. Entre los invasivos, se puede elegir la toma de muestras durante la endoscopia para su procesamiento como el test de ureasa, el estudio histológico o el cultivo bacteriano. Los no invasivos pueden ser el test del aliento, serología (ELISA para detectar anticuerpos IgG o IgA), prueba del aliento con urea marcada con C13oC14, o bien antígenos en heces, o estudios de saliva o urinarios.

En nuestro hospital realizamos un Test Rápido de Ureasa in vitro a través del cambio de color en un gel. Es un test cualitativo basado en la detección de la ureasa, una hidrolasa, producida por la bacteria *Helicobacter pylori*. Se caracteriza por ser rápido, barato y tener buena sensibilidad (80-95%) y excelente especificidad (95-100%). Consiste en introducir una muestra biológica procedente del estómago del paciente en un gel que contiene urea. Si la bacteria se encuentra presente en la muestra, la ureasa hidrolizará la urea en el gel, acumulándose iones de amonio (NH4+). Este ocasiona un incremento en el pH, que es detectado por un indicador de pH en el test, de manera que cambiará de amarillo a magenta.

Según las indicaciones del fabricante, siempre que cambie el color del gel de amarillo a magenta, se leerá como "resultado positivo". La lectura del test como "resultado negativo" se podrá realizar a las 24 horas, o como máximo a las 72 horas.

Nos planteamos realizar el estudio debido a que la lectura de los tests realizados en viernes se efectúan los lunes y, queríamos valorar si la lectura tras 1 hora era efectiva. El objetivo del presente estudio es determinar la variabilidad de la lectura del test a la primera hora, 24 horas y 72 horas.

**2. Material y Métodos**

Estudio descriptivo observacional. Se realizó el seguimiento de 304 muestras obtenidas entre Enero y Abril de 2006. La valoración del Test se realizó a la hora, 24 horas y 72 horas. El test que realizamos en nuestro hospital es un Test Rápido de Ureasa in vitro a través del cambio de color en un gel. Es un test cualitativo basado en la detección de la ureasa, una hidrolasa, producida por la bacteria *Helicobacter pylori*. Se estudiaron variables de patología asociada y toma de medicamentos. Los datos se analizaron con el programa SPSS 10.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Boixeda de Miquel D; Martín de Argila C. Tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*. En: INFORMACION TERAPEUTICA. del Sistema Nacional de Salud. Vol. 24–N.º 6-2000
2. IIIº Simposio Internacional de Patología Gastroduodenal “*Helicobacter pylori*” Primer Consenso Argentino para su diagnóstico y tratamiento.[en línea] Neuquén, Abril del 2000.[Fecha de Ingreso 18 de septiembre de 2004] URL disponible en: [http://www.caded.org/helicobacter\\_pylori.htm](http://www.caded.org/helicobacter_pylori.htm)
3. Marcano L MJ, Urrestarazu MI, Serrano N. *Helicobacter pylori* en Dermatología. Breve revisión de la literatura. *Derm Venez* 2003;41(2):3-7.
4. Pueyo AM, Huarte MP, Jiménez C. Epidemiología de la infección por *Helicobacter pylori*. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 1998; 21(2). Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/biblio5/bsuple2.html>.
5. Martín de Argila C, Boixeda D, Gisbert JP. Epidemiología de la infección por *Helicobacter pylori*. En: *Infección por Helicobacter pylori. ¿Dónde está el límite?* Prous Science, Barcelona 1996: 75-92
6. Barajas Gutiérrez MA, Herrer Mauricio P. *Patología Digestiva*. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. *Atención Primaria*. Madrid: Elsevier; 2003. 5ª ed. p 1349.
7. Gisbert JP, Boixeda D, Aller R, de la Serna C, Sanz E, Martín de Argila C, et al. *Helicobacter pylori* y hemorragia digestiva por úlcera duodenal: prevalencia de la infección, eficacia de la triple terapia y rol de la erradicación en la prevención de la hemorragia recurrente. *Med Clin (Barc.)* 1999; 112: 161-5
8. Boixeda de Miquel D; Op. cit.
9. Cuidados de enfermería de los adultos con trastornos del estómago o del duodeno. En: Beare PG, Myers JL. *Enfermería Medicoquirúrgica*. Madrid: Mosby Doyma libros; 1995. p 1707 y siguientes.
10. Gomez Blas, Rojas Feria M, Ledro D, Linares E, Pellicer F, Herrerías Gutiérrez, JM. Valoración de Clotest Comparado con Histología en el Tratamiento de la Infección Por *Helicobacter Pylori*. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. Vol. 92. 2000. Pag. 184-184

**AUTOR/ES:**

Pablo Leis A, Díaz Rodríguez DR, Granados Martín M.

**TÍTULO:**

Satisfacción del paciente tras gastroscopia mediante cuestionario validado

**TEXTO DEL TRABAJO:****1. OBJETIVO:**

La introducción de programas de mejora de la calidad es uno de los objetivos de la medicina actual. La medida de la satisfacción del paciente se ha convertido en los últimos años en uno de los aspectos fundamentales de la calidad sanitaria, ya que representa la evaluación objetiva o emocional que éste experimenta con los servicios de salud que recibe y que va a influir en otros aspectos de us salud, como la utilización en un futuro de servicios sanitarios o la adherencia al tratamiento.

La Endoscopia Digestiva presenta unos indicadores de satisfacción que están poco desarrollados, aunque se van implantando progresivamente diferentes indicadores de calidad. Se han desarrollado diversos cuestionarios de diferente complejidad a fin de valorar la satisfacción de los pacientes sometidos a un procedimiento de endoscopia digestiva, en los que se tiene en cuenta la sencillez en la aplicación del cuestionario, su validez interna (debe ser válido para medir la satisfacción) y la validez externa (en circunstancias diversas los resultados deben ser similares).

Recientemente se ha publicado un artículo en el que se valida la versión en castellano del cuestionario breve GHAA-9m, que ha pasado a denominarse GHAA-9mc, recomendado actualmente por ASGE (American Cosciety for Gastrointestinal Endoscopy). Si bien es un cuestionario que ha sido criticado por la falta de valoración de aspectos estudiados en otros trabajos (habilidad técnica del endoscopista, control de las molestias propias de la exploración...), es el único del que existen estudios publicados, por lo que se pueden realizar comparaciones y además existe una versión en castellano validada en España.

El objetivo de este estudio es valorar el grado de satisfacción de los pacientes que acuden a la realización de una Endoscopia Digestiva Alta al Hospital de Fuenlabrada utilizando la versión validada en castellano del cuestionario breve GHAA-9m recomendado por la ASGE.

**2. MÉTODOS:**

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal con una muestra de 79 pacientes ambulatorios mayores de edad, cuya gastroscopia se realizó entre mayo y junio de 2006 en turno de tarde, con consentimiento verbal. Se utilizó el cuestionario breve validado GHAA-9mc (9 items) al que se le añadió una cuestión relacionada con el grado de satisfacción de los pacientes con el personal de enfermería. Se entregó el cuestionario el día de realización de la endoscopia y se recogieron los datos mediante una encuesta telefónica tras una semana de su realización, para evitar la tendencia de dar respuestas más positivas cuando los cuestionarios se obtienen inmediatamente tras la exploración o más allá de las 12 semanas.

Se estudiaron variables sociodemográficas y de satisfacción. La información se analizó a través de la base informática de datos SPSS 10.0.



### 3. RESULTADOS:

De 79 pacientes incluidos completaron la encuesta 74 (93'67%). La edad media fue de 42 años (D.E.=16). El 61% de los pacientes atendidos fueron mujeres. La situación laboral era principalmente de trabajadores en activo (55%) y amas de casa (23%). Tenían estudios primarios o medios 78%, estudios superiores 11% y sin estudios un 11%.

El tiempo de espera hasta la cita fue considerado malo o regular en un 31%, bueno en un 53% y muy bueno o excelente en un 16% (significación estadística  $p < 0'032$  entre la satisfacción y el tiempo de espera en lista). El tiempo de espera en la sala antes de la prueba fue bueno, muy bueno o excelente en un 94% (IC 95%: 86-97%).

La atención del médico, enfermería y la puntuación global de la visita fue buena, muy buena o excelente 100% (95-100%), para cada uno. La atención de los administrativos y explicaciones sobre la prueba fueron buenas, muy buenas o excelentes 94% (86-97%). Las molestias durante la prueba fueron malas o regulares en un 65% (54-76%).

Cuando se preguntó a los pacientes si se harían una nueva endoscopia con el mismo médico y en el mismo hospital, el 100% de los pacientes contestó afirmativamente.

### 4. DISCUSIÓN:

En conclusión, los pacientes encuestados han mostrado un elevado grado de satisfacción tras la realización de una Endoscopia Digestiva en nuestra Unidad. Las explicaciones sobre la prueba, un tiempo de espera en la sala aceptable y una adecuada atención de todo el personal (administrativo, médico y de enfermería) son factores que influyen favorablemente en el nivel de satisfacción. Sin embargo, las molestias de la exploración y el tiempo que transcurre desde la cita hasta la realización de la prueba son los aspectos peor valorados.

Por lo tanto, consideramos que se debe incidir en la elaboración de medidas para disminuir el tiempo de espera hasta la realización de la prueba, así como para reducir las molestias y mejorar la tolerancia de la exploración a fin de aumentar el nivel de satisfacción de los pacientes con la Unidad de Endoscopia Digestiva.

### BIBLIOGRAFÍA:

Brown DR, Goldstein JL. Quality assurance in the endoscopy unit: an emphasis on outcomes. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 1999;9:595-608.

Johanson JF, Schmitt CM, Deas TM, Eisen GM, Freeman M, Goldstein JL, et al. Quality and outcome assessment in gastrointestinal endoscopy. *Gastrointestinal Endosc* 2000;9:827-830.

Salmon P, Shah R, Berg S, Williams C. Evaluating customer satisfaction with colonoscopy. *Endoscopy* 1994;26:342-346.

Sánchez del Río A, Alarcón Fernández O, Baudet JS, Sainz Menéndez Z, Socas Méndez M, Píera Jaén G. Validación de un cuestionario breve sobre satisfacción del paciente en endoscopia digestiva. *Rev Esp Enferm Dig* 2005;97(8):554-561.

Weech-Maldonado R, Morales LS, Elliott M, Spritzer K, Marshall G, Hays RD. Race/ethnicity, language, and patients' assessments of care in Medicaid managed care. *Health Serv Res* 2003;38:789-808.

Maciejewski M, Kawiecki J, Pockwood T. Satisfaction. In: Kane RL, editor. *Understanding health care outcomes research*. Gaithersburg (MD): Aspen Publisher, Inc.; 1997:67-89.

Yacavone RF, Locke FR 3rd, Fostout CJ, Rockwood TH, Thieling S, Zinsmeister AR. Factors influencing patient satisfaction with GI endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2001;53(7):703-10.

Aharony L. Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore. *Med Care Rev* 1993;50:49-79

**AUTOR/ES:**

Baraza A, Portolés M, Pulido R, Villar T, Sánchez P, Guerra V, García S.

**TÍTULO:**

Desarrollo de un programa educativo dirigido a pacientes portadores de nefrostomía percutánea.

**TEXTO DEL TRABAJO:**

El presente trabajo trata de definir la actuación enfermera en el aumento de las capacidades de las personas sometidas a una nefrostomía percutánea. Para ello pretendemos desarrollar un programa educativo dirigido a los pacientes portadores de nefrostomía percutánea (PPNP) y a sus familias en el marco geográfico de la isla de Gran Canaria. El PPNP sufre en la evolución de su enfermedad una serie de modificaciones y trastornos físicos, psicológicos y sociales. La evidencia de estos cambios, junto con la atención y/o cuidados que los profesionales enfermeros podemos realizar para prevenirlos, disminuirlos y/o solucionarlos son la base de este estudio.

La nefrostomía consiste en la colocación de un catéter de forma percutánea en la pelvis renal, que permite la rápida descompresión de toda uropatía obstructiva de causa supravescical. En nuestro hospital, este procedimiento se realiza en Radiología Intervencionista, bajo control fluoroscópico y siguiendo la técnica que Seldinger describió en el año 1953 para el abordaje vascular, con aguja, guía y catéter, utilizada hoy en día para acceder a otras cavidades. La técnica utilizada actualmente, descrita por Cochran en el año 1991, se realiza generalmente de forma ambulatoria, bajo control fluoroscópico y de forma aséptica. La principal indicación es la obstrucción urinaria y la única contraindicación relativa se presenta mediante las alteraciones de la coagulación. La punción se realiza en el margen posterolateral del riñón afectado, por debajo de la 12ª costilla, en un cáliz posterior y del sistema inferior o medio. El catéter queda alojado en la pelvis renal y su parte distal se conecta a una bolsa colectora para drenaje de la orina. Las complicaciones que aparecen durante el seguimiento de los PPNP con mayor frecuencia son: 1.- Obstrucción del catéter: generalmente por acúmulo sucesivo de material sólido procedente de la orina, que va ocluyendo progresivamente la luz del catéter; 2.- Rotura del catéter: por acodamiento exterior, debido a una mala fijación; 3.- Salida accidental del catéter: para evitarla es necesario una fijación adecuada del catéter y controlar los tirones accidentales.

Además de las complicaciones descritas, el PPNP sufre una serie de alteraciones de sus necesidades básicas. Utilizando el modelo de Virginia Henderson junto con su visión holística y humanística de la persona, se establece el vínculo biológico-cultural entre las 14 necesidades básicas presentes en todos los individuos. Las enfermeras estamos autorizadas y debemos actuar cuando la persona tiene alterada su capacidad para satisfacer sus necesidades y posee un potencial a desarrollar. De forma resumida se exponen las necesidades que pueden verse afectadas en el PPNP. Comer y beber adecuadamente: sería necesario modificar algunos hábitos e incrementar la ingesta de líquidos. Eliminar por todas las vías corporales: no existe estímulo reflejo, ni control sobre la eliminación de orina. Moverse y manter posturas adecuadas: alteración en el periodo de recuperación post-procedimiento. Dormir y descansar: los PPNP podrían ver interferido el descanso por miedo a escapes o pérdida del catéter. Escoger ropa adecuada: se modificará la forma de vestir para disimular la bolsa colectora. Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales: evitando posibles problemas de infección. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel: pueden aparecer lesiones como granulomas, eccemas y déficit de higiene. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los medios sanitarios existentes: en principio, todo PPNP presentará un déficit de conocimientos ante la nueva situación.

Objetivo general: Elaborar un programa de educación dirigido a satisfacer las necesidades básicas alteradas y evitar complicaciones en los PPNP.

Objetivos específicos: Determinar el nivel de independencia en la satisfacción de las necesidades básicas. Determinar la capacidad física para la realización de actividades de la vida diaria de forma autónoma, así como las complicaciones

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Para tener un conocimiento previo de las necesidades alteradas y nivel de dependencia física de los PPNP, se revisaron las Historias Clínicas (HC) de todos los casos nuevos de nefrostomías percutáneas realizadas en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín en un periodo de 24 meses (n=44).

Las herramientas utilizadas fueron: El Índice de Barthel (IB) para determinar la capacidad del PPNP en la realización de actividades diarias de forma autónoma. A pesar de la sencillez propia de la aplicación de dicha medida, ésta nos proporciona un alto grado de fiabilidad y validez, capaz de detectar cambios, que establece 5 grados de dependencia en una escala de 0 a 100 (total, severa, moderada, escasa, independencia).

Respecto a la alteración de las necesidades básicas, siguiendo el modelo de Virginia Henderson, se clasificaron los pacientes en 3 grupos o categorías según las manifestaciones reflejadas en la valoración inicial de enfermería en la HC del paciente: 1.- Independiente: cuando el PPNP no presenta alteraciones en la satisfacción de la necesidad; 2.- Suplencia parcial: el paciente precisa de ayuda de dispositivos o persona para satisfacer la necesidad; 3.- Suplencia total: cuando el paciente requiere que realicen por él las actividades precisas para satisfacer la necesidad.

La información obtenida de la HC, se trasladó a un cuestionario, donde además de las necesidades y grado de dependencia se reflejaron otras variables sociodemográficas. Estos datos facilitarían la elaboración y adecuación del programa educativo, de modo que sea capaz de cubrir o satisfacer los déficits en los pacientes a estudio. Para determinar las características del programa, a quien iba dirigido (paciente y/o familia), y dónde se iba a llevar a cabo (consulta y/o domicilio), se propuso una agrupación que relacionaba íntimamente la dependencia con la satisfacción de las necesidades. Para el análisis de los datos se creó una hoja de cálculo y los resultados obtenidos se presentaron en tablas, gráficos o diagramas, según su pertinencia.

Resultados: De los 44 pacientes a los que se les realizó una nefrostomía percutánea 23 eran hombres y 21 mujeres, lo cual indica que no existe tendencia relacionada con el sexo. El rango de edad de los mismos era de 44 a 88 años, siendo la media de 65,77 años, lo que nos posiciona frente a una persona adulta, generalmente unida a un grupo familiar estable y de apoyo. En la clasificación etiológica, un 52% de los pacientes presentaba procesos benignos, siendo los más frecuentes la litiasis y la estenosis ureteral, y un 48% se correspondían con procesos malignos, siendo los más frecuentes la neoplasia vesical, neoplasia de próstata y neoplasia ginecológica. Mientras que no encontramos diferencias en el entorno o medio en el que viven los pacientes, sí que aparecen en el nivel de estudios, ya que el 54% no tiene formación académica, frente al 39% que tiene estudios que le han permitido desempeñar un trabajo relacionado con los mismos y el 7% que tiene estudios universitarios.

De la valoración realizada mediante el IB, cabe destacar que ningún paciente es independiente y solamente el 5% presenta dependencia total; el resto de los pacientes quedan distribuidos homogéneamente. La dependencia severa observada (31%), es consecuencia del progresivo deterioro que sufren los pacientes neoplásicos en su fase terminal. Íntimamente relacionado con la etiología de la indicación, también lo está el tiempo de permanencia del catéter. A todos los pacientes con indicaciones benignas, les fue retirada la nefrostomía por implantarles un doble stent ureteral y/o al ser intervenidos quirúrgicamente, antes de los 6 meses. Sin embargo, los pacientes con indicaciones malignas son los que permanecen con la nefrostomía durante más tiempo, siempre en función del pronóstico de su patología. Las complicaciones más frecuentes relacionadas con el mantenimiento del catéter son la salida accidental del mismo en un 9,09% y la obstrucción en un 11,36%; ambas son consecuencia de una manipulación inadecuada, susceptible de ser modificada mediante un programa de educación.

Respecto a la alteración de las necesidades básicas, los casos de dependencia total están relacionados con la edad y patología del PPNP. De las alteraciones en las que el paciente presenta una dependencia parcial, cabe destacar la insatisfacción de las siguientes necesidades, presentes en el 95,46% de los PPNP: eliminar por todas las vías corporales y mantener la higiene corporal e integridad de la piel. Las necesidades en las que se han encontrado mayor independencia han sido la de dormir y descansar (88,6%), respirar normalmente (84,1%) y la de comer y beber adecuadamente (77,25%).

Las alteraciones en estas necesidades eran debidas a la evolución del proceso neoplásico que padecían algunos de los pacientes. Finalmente, en aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles, encontramos dependencia en el 100% de los pacientes y/o familiares.

Discusión: Los PPNP sufren un proceso de adaptación. La persona debe aprender a vivir con la nefrostomía, reorganizar su imagen corporal, adaptarse a lo que la pérdida de continencia conlleva y volver a la dinámica familiar y social. Las complicaciones son consecuencia de una manipulación inadecuada, susceptible de ser modificada mediante un programa de educación. De la información obtenida podemos deducir que el programa propuesto deberá ir dirigido al paciente y familia o cuidador, con la finalidad de disponer de un sustento que refuerce y apoye, no solamente los conocimientos que se propongan, sino la propia motivación de intervención respecto a los acontecimientos y preocupaciones que suscita la enfermedad. Esto es lo que, en definitiva, va a permitir, la elaboración de un proceso de cuidados adaptados y flexibles, dirigidos al PPNP.

El alto índice de mortalidad de los PPNP diagnosticados de neoplasias malignas, un 75% al año de realizada la nefrostomía (grupo que representa casi el 50% de la población a estudio), ha de hacernos reflexionar sobre la situación de los PPNP en conjunto y sobre su bienestar durante el tiempo de vida que les quede por vivir. Que algunos autores hayan descrito que un 32% son incapaces de mejorar su calidad de vida después de la nefrostomía percutánea, aún habiendo realizado una cuidadosa selección de los pacientes, sólo debería traducirse en un entusiasmado impulso para la obtención con éxito de un programa educativo que mejore la calidad de vida de los pacientes.

La enseñanza de conductas positivas, dirigidas a optimizar los mecanismos de satisfacción de sus necesidades, así como autonomía e independencia, se pueden conseguir mediante la educación sanitaria; con ella vamos a dotar al PPNP y familia o cuidador de los conocimientos necesarios para que participen activamente. El adiestramiento debe ser realizado por personal preparado, planificado desde el momento de la indicación del procedimiento y prolongarse después del alta.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

- Bauluz M, Arias S, López de Alda A. Cuidados de enfermería en el manejo de la nefrostomía percutánea. *Enfermería Urológica* 2000;75:69-73
- Benet R, Brull L, Escoda T. Procedimiento de enfermería en la punción renal: nefrostomía percutánea. *Enfermería Urológica* 1992;44:36-42
- Bradley M. Essential elements of ostomy care. *American Journal of Nursing* 1997;97:38-45
- Cochran ST, Barabarcic ZL, Lee JJ, Kashfian P. Nephrostomy tube placement an outpatient procedure. *Radiology* 1991;179:843-7
- Cofield VA. Percutaneous nephrostomy tubes: nursing care. *Urol Nurs* 1994;14:169
- Colom D. La investigación multidisciplinar de los equipos de salud y su influencia en la corresponsabilidad familiar y social. *Enfermería Clínica* 1997;3:31
- Cortés J, Alcaraz M, López J. sistemas de fijación de catéteres en nefrostomía percutánea. *Enfermería Clínica* 1990;105:29-32
- Gross L. Ostomy care: a letter to parents. *American Journal of nursing* 1974;74(8):1427-8
- Guidos B. Preparing the patient for home care of the percutaneous nephrostomy tube. *J Enterostomal Ther.* 1988;15(4):187-90
- Henderson V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. Ginebra:C.I.E. 1971.
- López R, Pérez E, Morano M. Experiencias de enfermería en nefrostomías percutáneas 1992-1995. *Ses Salud* 1997;17:23-7
- Markowitz DM, Wong KT, Laffley KJ, Bixon R, Nagler HM, Martin EC. Manteining quality of live after paliative diversion for malignant ureteral obstruction. *Urol Radiol* 1989;11:129-32
- Nomiya M. Questions and answers on the care of patients with urologic diseases. Problems related to the catheters used with nephrostomy and their management. *Kango Gijutsu.* 1989;35:784-5
- Seldinger SI. Catheter replacement of needle in percutaneous arteriography: a new technique. *Acta Radiol.* 1953;39:368-76
- Travieso MM, Carreira JM, Reyes R, et al. Nefrostomía percutánea bajo control fluoroscópico. Complicaciones de la técnica. *Radiol* 1998;40:21-4
- Ware JE. The status of health assesment. *Annu Rev Public Health* 1995;16:327-54

**Mesa de comunicaciones 9(Ingles):Chronic care**

**AUTHOR/S:**

Elaine Pierce PhD BSc (Hons) RCNT RN

Susan McClaren PhD BSc (Hons) RN

**TITLE:**

AN ASSESSMENT OF THE ECONOMIC COSTS OF DIRECT NURSING CARE

**TEXT:**

**BACKGROUND:** Health service managers face the challenge of ensuring that nursing care offers both quality service and value for money. However, economic analyses are not routinely available to enable them to link care costs arising from dependency assessments to workforce planning. The multidisciplinary evaluation of neuro-dependency (MEND) assessment instrument is a valid and reliable aid developed to facilitate planning (see separate poster presentation at this conference).

**AIMS:** To establish the costs of dependency related nursing interventions in a neuro-disabled population;

To compare the direct costs of basic and specialist nursing care per patient and across the population;

To compare the total direct costs of specialist care between nursing and the therapies.

**SETTING:** The study was conducted in a rehabilitation hospital specialising in patients with severe and complex neurological disability in the long term.

**STUDY DESIGN AND METHODS:** A cross-sectional design was employed to assess dependency in the total patient population of 211 . Assessments were completed over a nursing day shift across 15 categories of dependency. Levels of dependency were linked to staff numbers, skill-mix and the time taken to complete interventions. Subsequent economic appraisal enabled the direct and indirect costs of nursing care to be determined.

**RESULTS AND DISCUSSION:** Overall the most expensive dependency categories were mobility, bladder management, environmental awareness and enteral feeding. The least costly were self-expression, comprehension, pressure relief and behaviour management. Total direct costs of basic care outweighed specialist nursing care by a factor of 10, while total direct costs of specialist nursing outweighed those of the therapies across the population.

**IMPLICATIONS FOR CLINICAL PRACTICE:** Information derived from MEND assessments can be used to indicate costs of nursing care and to plan workforce numbers and skill-mix of the staff needed for a particular nursing work shift. MEND can also be used to inform community workforce planners and/or the hospital to which a patient is discharged of dependency-related costs. This ensures rehabilitation services continue to meet dependency-related needs and fosters co-ordinated partnership working across services and agencies.

**CONCLUSION:** MEND can be utilised to provide the necessary quantity, skill-mix and financial evidence-base, required for maintaining high standards of neurological disability nursing and therapy care.

## BIBLIOGRAPHY

- Al-Kwawaja I. The Barthel Index and its relationship to nursing dependency in rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*. 1997 11:335-7
- Bowers B, Luring C, Jacobson N. How nurses manage time and work in long-term care: nursing and health care management issues. *Journal of Advanced Nursing*. 2001 Feb; 33(4):484-91.
- Department of Health. The National Health Service Plan: An Action Guide for Nurses, Midwives and Health Visitors. London UK. HMSO; 2001.
- Department of Health. The National Service Framework for Long Term Conditions. London. UK HMSO; 2005.
- Dijkstra A, Buist G, Moorer P, Dassen T. Construct validity of the Nursing Care Dependency Scale. *Journal of Clinical Nursing*. 1999 8 (4) 380
- Drummond M, Ludbrook A, Lowson K, Steele A. *Economic Appraisal In Healthcare*. Oxford UK. Oxford University Press; 1986.
- Drummond M, McGuire A. *Economic Evaluation in Healthcare: Merging Theory with Practice*. Oxford UK. Oxford University Press; 2002
- Hobart JC, Thompson AJ. The five item Barthel Index. *Journal of Neurology & Neurosurgery*. 2001 71:225-30
- Hogan K, Orme S. Measuring disability: a critical analysis of the Barthel Index. *British Journal of Therapy and Rehabilitation*. 2000 April 7(4):163-7
- Meyer G, James C. Matching staff to patient dependency. *Nursing Times*. 1990 October 3; 86(40): 40-2
- Turner-Stokes L, Nyein K, Halliwell D. The Northwick Park Care Needs Assessment (NPCNA): A directly costable outcome measure in rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*. 1999 13:253-67
- Turner Stokes L. Specialist rehabilitation for complex neurodisability: do longer stay programmes provide value for money? *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*. 87(11):e10-11.

**AUTHOR/S:**

Abubakari, A. R.; Lauder, W.; Jones, M.; Kirk, A.

**TITLE:**

Distribution and Trends in obesity in Western sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis

**TEXT:**

Abstract

**Background**

Obesity is a risk factor for major chronic diseases such as hypertension, type 2 diabetes, heart diseases and some cancers. Obesity has become a global epidemic with over 400 million adults suffering from the disorder. Despite being declared a concern for both developed and the developing world, evidence on the distribution and changing trends in obesity, particularly, among West African populations is sparse(1, 2). Existing studies on this topic are prevalence studies conducted among specific populations in individual countries. Such studies are not based on representative samples and their findings are not applicable to the entire West African population.

**Objective**

To determine the distribution and trends in obesity in West African populations

**Methods**

We undertook a comprehensive electronic literature searches on Medline (1966-March 2007), EMBASE (1980 –March 2007) and the WHO global InfoBase for chronic disease surveys. Further searches were conducted on all available issues of the African journals online (AJOL) and all contents of the West African journal of medicine from July 2002 to December 2006. Citations and bibliographic snowballing of relevant articles were also carried out. Searches in Medline and EMBASE included both medical subject headings (MeSH) and key text. Search terms used include, obesity, overweight, BMI, weight, height. Searches were combined with, Africa, West Africa and names of all countries in West Africa using appropriate Boolean operators (“OR” or “AND”). To be included, studies had to be population-based, use well defined criteria for measuring obesity, presented crude data or figures that allowed its calculation and sampled adult participants. Studies retrieved were critically appraised using published checklists(3) and meta-analysis was performed using the DerSimonian-Laird random effect model(4). Statistical analysis were conducted using programmes in R(5)

## Findings

Twenty six papers were included in the review. Twelve studies were conducted exclusively in urban, Twelve in mixed urban/rural and one in exclusively rural setting. Mean BMI ranged between 20.1 to 27.0 kgm-2, prevalence of obesity in Western sub-Saharan Africa was estimated at 10.0% 95%CI (6.0 – 15.0). Obesity was associated with age, sex and urban/rural residence. Women were more likely to be obese than men both in urban and rural West Africa. Urban residents had 3 times the odds of being obese compared to rural residents, odds ratios, 2.70 (95% CI 1.76 – 4.15). Prevalence of obesity increased consistently with age, peaked at age 45 - 54 and declined there after. Obesity rose from 8% in 1990-1994 to 18% in 2000-2004 representing 125% increase over 15 years in urban West Africa. Sex-specific analysis showed the rise was significant among urban women but not men. No significant rise in obesity was observed in rural West Africa.

## Discussion

Developing countries lack surveillance data on health and lifestyles factors of their populations. This makes it difficult for policy makers, especially, those in health care practice to plan base on evidence. The study presents pooled estimates of the distribution and trends in obesity in Western sub-Saharan Africa. The findings suggest that obesity is higher than expected among West African adults. Urban residents and women have particularly high risk of obesity compared to rural residents and men respectively. The evidence indicates obesity is rising at a fast rate among West African adults. It is time Policy makers and health promotion experts adopted holistic measures to control the spread of obesity as its future sequelae in this population could be tremendous.

## **BIBLIOGRAPHY:**

1. World Health Organisation. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report on a WHO Consultation. Technical Report Series, No 894. Geneva: World Health Organisation, 1998.
2. Abubakari AR, Bhopal RS. Systematic review on the prevalence of diabetes, overweight/obesity and physical inactivity in Ghanaians and Nigerians. Public Health (2007) DOI: 10.1016/j.puhe.2007.06.012 ;( In press).
3. Down SH, Black N. The feasibility of creating creating a checklist for the assessment of randomised and non-randomised studies of health care interventions. Journal of Epidemiology and community health (1998); 52: 377-84
4. DerSimonian R, Laird N. Meta-analysis in clinical trials. Controlled Clinical Trials 1986;7(3):177-188.
5. The R Foundation for Statistical Computing. R version 2.4.1 (2006-12-18). 2006.



**Mesa Redonda (Sesión plenaria ):Promoción de salud en la infancia y adolescencia**

**AUTOR/ES:**

Oliver Roig, Antonio. García de León González, Ricardo

**TÍTULO:**

Promoción de la salud en la infancia y adolescencia: Lactancia Materna

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**LA LACTANCIA MATERNA**

La lactancia materna es la opción más saludable para la alimentación de los lactantes. Basándose en los estudios realizados hasta el momento, la OMS propone que “como recomendación de salud pública mundial, durante los seis primeros meses de vida los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos. A partir de ese momento... los lactantes deberían recibir alimentos complementarios adecuados e inoocuos desde el punto de vista nutricional sin abandonar la lactancia hasta los dos años de edad, o más tarde” (OMS, 2003).

A pesar de las numerosas ventajas reconocidas para la LM y de las recomendaciones internacionales realizadas desde los años 70, en la actualidad, tan solo un 35 % de los lactantes de todo el mundo son alimentados con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida (OMS, 2003). En la región europea, los indicadores de LM son bajos y sólo en lento incremento en los últimos años con excepción de los países escandinavos, que poseen tasas de lactancia mayores que el resto de países. En España no existe un sistema de recolección de datos nacional sobre lactancia y sólo son accesibles los datos publicados de estudios científicos sobre prevalencia, que muestran datos todavía muy por debajo de las recomendaciones internacionales (Global Data Bank on Breastfeeding, 2007; Aguayo, 2005; OMS, 2003; Asociación Española de Pediatría, 1999).

Con el objetivo de recuperar los indicadores poblacionales de la LM se han movilizado diversas instituciones sociales que incluyen la UNICEF, la OMS, los sistemas sanitarios de diversos países, hospitales y áreas de salud, ONGs y organizaciones sociales, los medios de comunicación y las familias. Los objetivos de las intervenciones que realizan pretenden producir cambios en la organización de los servicios de salud orientados a la maternidad, la influencia de la comercialización de sucedáneos de la leche materna y el refuerzo de la “cultura del amamantamiento” frente a las incursiones de la llamada “cultura del biberón” (OMS, 1989; Sánchez, 1995).

La aprobación del Código Internacional para la Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna (OMS, 1981), la Declaración de Fortaleza sobre la tecnología apropiada para el parto (OMS, 1985) y la Declaración de Innocenti sobre la protección, fomento y apoyo a la lactancia materna (OMS/UNICEF, 1990) o la Estrategia mundial para la Alimentación del Lactante y niño pequeño (OMS, 2003), son ejemplos de recomendaciones internacionales orientadas a mejorar los indicadores de los países relacionados con la lactancia materna.

Los profesionales sanitarios en general y las matronas y enfermeras en particular son participantes clave en la recuperación de las tasas de lactancia materna y la implementación de programas específicos de promoción, protección y apoyo a la LM.

**LA PROMOCIÓN DE LA LM**

Los cambios que se introducen para favorecer la LM conllevan importantes cambios en las formas de vida de las mujeres, por ejemplo, se pasa de un modelo que aconsejaba ofrecer el pecho cada tres horas y no más de 15 minutos en cada pecho a otro que se relaciona con la demanda del bebé. A pesar de esto, el destete precoz se sigue atribuyendo en muchas ocasiones a la incapacidad de las madres de llevar a cabo la lactancia más allá de los cuatro meses o a causas culturales.

La opción de la LM como forma de alimentación es preferencial en términos de nutrición, desarrollo y respuesta inmune, desarrollo cognitivo y bienestar psicosocial, pero esto no quiere decir que la lactancia exclusiva sea preferible bajo todas las condiciones, ya que también existen una serie de condicionantes que dificultan a las madres amamantar a sus bebés como las dificultades laborales, la escasa protección y apoyo social y

sanitario o la falta de conocimientos y habilidades sobre la lactancia en la población general. La promoción de la lactancia materna debe superar la mera información sobre sus beneficios para la salud y la petición a las madres de que la ofrezcan a sus hijos. Las intervenciones basadas únicamente en la responsabilidad individual, heredadas de las intervenciones higienistas y adoctrinadoras de la primera mitad del pasado siglo (Palacio, 2003), son sólo una forma de inculpar a las mujeres de los problemas de salud de sus hijos y comportan escasos beneficios para la salud pública, las madres y los niños. Como hemos dicho las mujeres deben enfrentar múltiples responsabilidades relacionadas con la crianza, el trabajo en casa y fuera del hogar y las campañas poblacionales de promoción de la lactancia materna deberían considerar su contexto y necesidades. Nuestra premisa fundamental es que las mujeres están buscando lo mejor para sus hijos y ellas mismas, por lo que no deberían ser forzadas a realizar elecciones imposibles o ser coaccionadas para realizar acciones específicas (Vitzthum y Aguayo, 1998). Creemos que la base de las intervenciones para promover la LM es proveer a las madres de los recursos adecuados para que puedan tomar las mejores decisiones posibles, lo que es más acorde con el concepto real de promoción de la salud.

#### PROGRAMA HQTQ "Hasta que Tú Quieras"

El sistema sanitario ha actuado hasta el momento como uno de los factores que ha influido más negativamente en la reducción de las tasas de lactancia materna (OPS/OMS, 1998). Algunos de los aspectos que han contribuido a este hecho son la falta de formación clínica de los profesionales (Cattaneo, 2001), la ausencia de recursos orientados al apoyo a las madres que lactan (Sikorski, 2000), las rutinas y procedimientos que interfieren en el inicio y establecimiento de la LM (OPS/OMS, 1998) o la misma organización de los servicios sanitarios (Westphal, 1995).

Desde principios de los años 70 se han ido identificando y denunciando las actividades de los profesionales sanitarios que influían negativamente sobre la lactancia materna pero que eran realizadas de forma generalizada. En la actualidad, el seguimiento de las intervenciones para promover la lactancia materna es muy desigual en los servicios sanitarios. En España son frecuentes las referencias sobre la permanencia de rutinas como la administración de suplementos de leche de fórmula o suero glucosado, el uso de chupetes y tetinas, la separación de madres e hijos tras el parto, la entrega de paquetes regalo y publicidad sobre sucedáneos de la leche de fórmula y el escaso apoyo desde el sistema sanitario a las madres que lactan.

En la Región de Murcia, en el año 2000 se inició la implantación de los 10 pasos de la IHAN en el hospital Virgen del Castillo de Yecla, acreditándose como Hospital Amigo de los Niños por OMS/UNICEF en 2004. Esta estrategia fue llevada a cabo gracias a la participación de madres y profesionales en la definición de una nueva cultura del amamantamiento.

El sensible aumento de las tasas de lactancia en esa área de salud, fue la respuesta de las madres al adecuar las prácticas y cuidados sanitarios siguiendo los criterios de calidad de la IHAN.

Tras la obtención del galardón IHAN en 2004, se abordó en el área de salud V de la Región de Murcia un nuevo proyecto de calidad orientado a responder a las necesidades y expectativas de la mujer para que pudiera planificar libremente su lactancia. El proyecto "Hasta Que Tu Quieras" (HQTQ) es un proyecto de calidad total en tanto su ámbito de actuación se centra sobre todos los procesos y actividades que puedan influir en la lactancia feliz y exitosa de las madres. HQTQ busca que las madres puedan amamantar a sus hijos el tiempo que deseen. A partir de esta primera experiencia, el Servicio Murciano de Salud se planteó un Plan de Fomento de la Lactancia dirigido a disminuir las dificultades de las madres y en especial a extender la IHAN al resto de los hospitales de la Región.

I

#### INVESTIGACIÓN EN HQTQ:

Los estudios relacionados con las tasas de inicio o la duración de la LM se han realizado desde diferentes perspectivas metodológicas. Desde un planteamiento propio de la salud pública se ha centrado el interés en las relaciones correlacionales que se establecen entre aspectos sociodemográficos y el inicio o duración de la LM, otro tipo de abordaje se refiere a la aproximación de la biología humana, que considera las conductas en lactancia que afectan a la producción de leche, la iniciación y el mantenimiento de la lactancia. Por último, una visión diferente del problema de la LM ha dirigido su atención a aspectos relacionados con el contexto de las relaciones humanas y su influencia en el establecimiento y continuidad del amamantamiento, así como a los significados de las acciones humanas implicadas.

Debe considerarse que los factores que influyen en el inicio y mantenimiento de la LM no sólo son numerosos y complejos sino que actúan de forma diferente en diferentes situaciones, pueden variar con el tiempo en una comunidad o ser distintos para las diferentes modalidades de lactancia (OPS/OMS, 1998). Es necesario un abordaje amplio del problema de la lactancia, que pueda conciliar las visiones citadas anteriormente y que permita comprender cómo los elementos socio-culturales afectan a los comportamientos que determinan la lactancia (Quandt, 1998). La investigación es uno de los aspectos prioritarios del Programa HQTQ y se ha optado por un enfoque pragmático que asume la utilización de las diferentes metodologías según el tipo de problema planteado y los objetivos a abordar.

En el contexto de este programa se desarrollan actividades de investigación que incluyen la medición del impacto del programa sobre las tasas de lactancia, la identificación de los factores relacionados con el abandono precoz o la monitorización del cumplimiento de los pasos de la IHAN y de otros indicadores propios del programa. También se está utilizando la metodología cualitativa en los grupos focales de profesionales y madres y para las entrevistas en profundidad o la observación participante en el escenario clínico para explorar las necesidades y expectativas y describir el contexto.

#### BIBLIOGRAFÍA:

- Aguayo Maldonado J, Pasadas del Amo S, Ramírez Troyano A, Rello Yubero C, Martínez Rodríguez MT, Bonal Pitz P. La Lactancia Materna en Andalucía. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Sevilla 2005.
- Asociación Española de Pediatría. Comité de Lactancia Materna (1999). Informe técnico sobre la lactancia materna en España. Anales Españoles de Pediatría, 50(4), 333-340.
- Cattaneo, A. Buxxetti, R. (2001). Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. BMJ, 323, 1358-62
- División de Salud y Desarrollo del Niño. OPS/OMS. Pruebas científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. WHO/CHD/98. 8. Ginebra. 1998.
- OMS. Appropriate technology for birth. Lancet 1985. 2(8452):436-437
- Organización Mundial de la Salud (1981). Código Internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2003). Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. 55ª Asamblea Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (1990). Declaración de Innocenti. Sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia materna. Diez pasos para una lactancia materna exitosa. WHO: Florencia.
- Palacio Lis, I. Mujeres Ignorantes: Madres Culpables. Adoctrinamiento Y Divulgación Materno-Infantil En La Primera Mitad Del Siglo XX. Universitat de València. 2003
- Quandt Sara A. Ecology of breastfeeding in the United States: An Applied Perspective. American Journal of Human Biology. 10: 2
- Sánchez Villares, E. (1995). Promoción Institucional de la lactancia materna. An Esp Pediatr, 42:404-410.
- Vitzthum, VJ. Aguayo, VM (1998). Ecology of breastfeeding: Approaches Toward Improvement of Women's and Children's Health. American Journal of Human Biology, 10, 145-149.
- WHO. Global Data Bank on Breastfeeding. En <http://www.who.int/research/iycf/bfcb/bfcb.asp>. Revisado en 01/09/07.

**AUTOR/ES:**

Miñano Aroca A, Pastor Torres E, Gil Vazquez JM, Ortega García JA.  
Paediatric Environmental Health Speciality Unit (PEHSU-Murcia).  
Hospital University Virgen of Arrixaca. CP:30120. Murcia (Spain)

**TÍTULO:**

Enfermería y Salud Medioambiental Escolar: un nuevo reto profesional

**TEXTO DEL TRABAJO:**

Nuestros niños pasan unas 40 horas a la semana en las escuelas y guarderías. Las escuelas deben ser lugares seguros para que nuestros niños aprendan, jueguen y convivan libres de los riesgos ambientales físicos (temperaturas extremas, ruidos fuertes, líneas eléctricas de alto voltaje, antenas de telecomunicaciones, etc), químicos (humo del tabaco, pesticidas, motores diesel en el transporte escolar, asbesto, plomo, compuestos orgánicos persistentes, etc), biológicos (gérmenes, virus, parásitos, etc) y sociales (pobreza, racismo, intolerancia, insolidaridad, etc). Al mismo tiempo el contenido (educación, instrucción y aprendizaje) debe contemplar como tareas prioritarias el conocimiento de los contaminantes medioambientales y sus efectos adversos en los ecosistemas naturales y en la salud humana. Estos temas deben ser introducidos precozmente y mantenidos durante todas las fases de maduración cognitiva y conductual desde la 1ª infancia hasta la pubertad.

Enfermería debe conseguir colaborando activamente con otros profesionales (maestros, asociaciones de padres, administraciones políticas, etc) que los ambientes escolares sean saludables, sanos y seguros, tanto en su continente como en su contenido.

En este trabajo presentamos las actividades de enfermería en una Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica para el desarrollo de la salud medioambiental escolar. Se resumen en:

- a) Desarrollo e implementación de una guía de acción medioambiental escolar
- b) Colaborar en la creación de materiales para trabajar en las aulas
- c) Información a padres, alumnos, profesores y miembros de la Comunidad Escolar acerca de los riesgos ambientales más importantes en las aulas
- d) Formación teórica y práctica de la salud medioambiental escolar al resto de profesionales de la salud
- e) Aumentar la investigación en Salud Medioambiental Escolar

**BIBLIOGRAFÍA:**

Ortega García JA, Ferris i Tortajada J, Claudio Morales L, Berbel Tornero O. Pediatric environmental health specialty units in Europe: from theory to practice. *An Pediatr(Barc)* 2005; 63: 143-151.

Ortega García JA, Ferris i Tortajada J, Sánchez Solis de Querol M. Ambientes Saludables para la Infancia y Adolescencia. En: Muñoz Calvo MT, Hidalgo Vicario MI, Clemente Pollán J, editores. 4ª Ed. *Pediatría Extrahospitalaria. Aspectos Básicos en Atención Primaria*. Madrid, Ergon; 2007.p. 237-246.

Shendell DG, Pike-Paris A. Environmental exposure assessment, pollution sources, and exposure agents: a primer for pediatric nursing professionals. *Pediatr Nurs* 2007;33:179-182.

**AUTOR/ES:**

Bàrbara Agüera Vilar . Profesora asociada Escuela Enfermería "Universitat de Barcelona".

**TÍTULO: SALUD Y ECOLA****TEXTO DEL TRABAJO:**

INTRODUCCIÓN Los nuevos retos que afronta la sociedad debido a las transformaciones de las estructuras, valores y funciones familiares, comunitarias y sociales, tienen en el medio escolar una especial manifestación. La escuela, como espacio natural para el aprendizaje, la educación y la formación integral de la persona, es donde también se detectan más precozmente los signos de alerta de problemas de salud, incluso a través de cambios de conducta. Por otro lado, la intervención en la escuela permite acceder a la totalidad de la población adolescente comprendida entre los 14 y 16 años.

De acuerdo con esta realidad social, los Departamentos de de Salud y Educación de la Generalitat de Catalunya plantean un nuevo proyecto de intervención "*Salut i Escola*" con la finalidad de mejorar la salud de los adolescentes a través de acciones de promoción de la salud, prevención de las situaciones de riesgo y detección precoz de los problemas de salud en el propio centro educativo.

Cornellà de Llobregat, municipio situado en el área metropolitana de Barcelona, tiene 86.934 habitantes donde se localizan cuatro Equipos de Salud, cinco Institutos de Educación Secundaria (IES) y cuatro centros concertados. En dichos centros educativos el número de alumnos matriculados en los cursos de 3º y 4º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) asciende a 1073, los cuales mayoritariamente tiene edades comprendidas entre los 14 y 16 años.

Conjuntamente con otras localidades, Cornellà de Llobregat inicia el programa de "*Salut i Escola*" durante el curso 2004-05. Durante la etapa inicial se realizó la formación de las enfermeras que iban a desarrollar el programa, y se establecieron los circuitos de participación y coordinación de los recursos territoriales existentes tales como:

- Instituto Municipal de Educación (IME),
- Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil(CSMIJ),
- Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (PASSIR),
- Centros de Atención y Seguimiento de Drogodependencias (CAS),
- Equipos de Asesoramiento Psicopedagógico (EAP),
- y los referentes docentes de las correspondientes escuelas participantes en el proyecto.

El objetivo general del programa es mejorar la salud de los adolescentes mediante la promoción de la salud, la prevención y la detección precoz de los problemas más frecuentes en este grupo de edad. Los objetivos específicos son:

1. Acercar los servicios de salud a los adolescentes con la finalidad de:
  - promover actitudes y hábitos saludables,
  - reducir los comportamientos de riesgo,
  - y la detección precoz de los problemas de salud.
  
2. Mejorar la coordinación entre la escuela y los servicios de salud para dar respuesta a las necesidades del adolescente.

## METODOLOGIA DEL PROGRAMA

**Población diana:** alumnos de 3º y 4ª de ESO de todos los centros educativos de Cornellà de Llobregat.

### **Ámbitos de actuación:**

- Prevención y promoción de la salud
  - Salud afectivo-sexual: orientar hacia una sexualidad responsable, contracepción, información sobre enfermedades de transmisión sexual.
  - Salud mental y consumo de drogas, alcohol y tabaco: autoestima, relaciones amigos, familiares y educadores, adquirir un sentido crítico frente a las presiones sociales de consumo.
  - Salud y alimentación: aprendizaje de hábitos alimentarios saludables.
- Detección precoz
  - Identificar signos de alarma que puedan ser indicadores de algún problema de salud: consumo de drogas, trastornos de alimentación, trastornos afectivos, adaptativos y de conducta y comportamientos sexuales de riesgo.

**Organización:** Las enfermeras referentes del programa “*Salut i Escola*” de cada Equipo de Salud, participan en los centros docentes mediante una consulta abierta semanal con una duración de 1 a 3 horas según necesidades del centro. Para ello se ha habilitado en cada centro un espacio físico que permita entrevistas individuales donde se pueda mantener la confidencialidad sobre los temas que quieran consultar.

**Captación de la demanda:** A petición del propio alumno y/o derivado del tutor/profesor o el psicopedagogo del centro.

### **Actividades de enfermería:**

- Consulta abierta semanal mediante entrevistas en primeras visitas o de seguimiento de los casos.
- Consultas on-line mediante correo electrónico.
- Resolución de las demandas propias de enfermería.
- Derivación de los casos susceptibles de atención especializada.
- Participación en las sesiones de comentario de casos clínicos derivados a los servicios especializados.
- Coordinación con el EAP.
- Participación en talleres educativos de promoción de la salud.
- Difusión del programa entre los escolares al inicio de cada curso escolar.
- Presentación en el claustro de profesores.

### **Coordinación:**

**Coordinación externa:** El programa está coordinado por los departamentos de Salud y de Educación de la Generalitat de Catalunya, donde participan las distintas direcciones generales implicadas. A nivel territorial hay una comisión técnica representada por los representantes profesionales de las diferentes entidades mencionadas anteriormente de sanidad, educación, municipales, entre otras.

**Coordinación interna:** Todos los profesionales y entidades que están implicados (Equipo de salud, CAS i CSMIJ, PASSIR, IME, EAP) en la atención al adolescente se coordinan entre sí mediante los referentes de cada servicio. Ésta coordinación implica establecer circuitos de coordinación y derivación de los casos, mediante sesiones de comentario de casos clínicos y sesiones de trabajo. También destaca la formación ofrecida por parte de la atención especializada a los profesionales de enfermería.

**Registros:** Para el seguimiento del programa se utilizan los siguientes registros:

- Hoja de datos de la consulta abierta donde constan: edad, curso, motivo de consulta, demanda, resolución, derivación.
- Hoja de seguimiento clínico en el caso de que sea la propia enfermera la que realiza el seguimiento del caso.
- Hoja de derivación a los servicios especializados
- Hoja de registro de las actividades colectivas (talleres, sesiones, entre otras).

**Recursos:**

- Recursos humanos: las enfermeras del centro de salud y el resto del conjunto de profesionales de las otras entidades como CAS i CSMIJ, PASSIR, IME, EAP.
- Recursos materiales: los espacios físicos de los centros docentes, programas, guías, material didáctico.

## RESULTADOS

Se presentan los resultados cuantitativos de los cursos 2005-06 y 2006-07, así como la valoración de los casos clínicos más significativos.

El número de visitas realizadas fueron de 323 el curso 2005-06 ,92 (28,5%) en centros públicos y 231(71,5%) en centros concertados y 489 en el 2006-07 : 153 (31%) en centros públicos y 336 (68%) en centros concertados.

La edad de los alumnos atendidos fue entre 14 y 15 años en un 70% y 76% respectivamente. El resto correspondían a edades comprendidas entre los 12 y los 19 años. Un 52% y un 69% respectivamente eran mujeres.

La demanda fue originada en un 92% por parte del alumno, siendo en el resto de los casos procedente del tutor/profesor, EAP, la enfermera y la familia. Entre los motivos de consulta destacan la demanda de información en una 78% y un 59% respectivamente, seguida de las visitas de contención, consulta de seguimiento, y consulta sobre recursos.

Entre los temas tratados en las entrevistas, destacan sexualidad y afectividad (35%,28%), alimentación (13%, 15%), afectividad en relaciones amistad y familia (4%, 15%), drogas (6%). Las consultas sobre tabaco fueron un 3% y sobre alcohol un 1%.

La derivaciones a centros especializados fueron: PASSIR (33%, 10%), CSMIJ (3%, 4%), Equipo de Salud (3%, 2%).

### Casos clínicos:

Chico de 16 años, repetidor de 4º de ESO que consulta a través de la tutora quien detectó su empeoramiento.

- Motivo de consulta: angustia, nerviosismo concomitante con un cuadro de gastroenteritis aguda.
- En la entrevista refirió consumir 3-4 porros/día, 7-8 cigarrillos/día, alcohol de fin de semana y bajo rendimiento escolar; solicitó confidencialidad, es decir que no lo supieran sus padres. Coincidió que la enfermera de salud escolar era la misma que le atendía en el centro de salud.
- Resolución de la entrevista: se orientó sobre cómo comunicarlo a los padres en un plazo determinado de tiempo y sobre la derivación a un centro de deshabitación (CAS), además de explicarle la importancia del problema que planteaba.
- Seguimiento (semana siguiente): ya había hablado con la madre y se insistió sobre la importancia de que acudiera al CAS. Se comentó con la madre para que acudiera a dicho centro. Dado que el chico no quería acudir al centro, fue la enfermera con asesoría especializada quien realizó el seguimiento del mismo. Durante las visitas de seguimiento el chico refirió que había descendido el consumo. Después de tres semanas consiguió hablar con el padre. La madre acudió sola al CAS y el chico mantuvo entrevistas con la enfermera hasta finalizar el curso escolar.

Chica de 15 años, en 4º curso de ESO , acude por iniciativa propia.

**Motivo de la consulta:** Refiere tener una escoliosis importante controla en el hospital, quería saber si podía hacer algo más para mejorar .

Entrevista: Pregunte si quería comentar algo más entonces refirió estar nerviosa i no tener apetito. Había bajado de forma importante el rendimiento escolar. En casa estaba mucho tiempo sola .No había buena comunicación con la madre. Refirió no sentirse bien con su cuerpo. Salía con un chico que le gustaba mucho pero creía que el la valoraba poco.

Resolución de la entrevista: se oriento primero en el tema del apetito que le preocupaba y se cito para la siguiente semana.

Seguimiento: Sigue igual .Refirió sentirse triste i comento que hacía un año había muerto una hermana en accidente de coche , la cual hacia muy poco que conocía (anterior relación de la madre).Se hicieron unas 4 visitas de seguimiento asesorada por el CSMIJ para trabajar autoestima .

Derivación :Se derivó al CSMIJ siendo diagnosticada de depresión. Actualmente sigue visitas con el psicólogo con muy buena evolución.

Chico de 14 años , en 3º de ESO, acude por iniciativa propia .

**Motivo de consulta:** Comento que creía que le sobraba peso.

Entrevista : Comento que comía mal prácticamente solo bocadillos. A veces se provocaba el vómito. Comía casi siempre solo .Poca comunicación con los padres. Había bajado rendimiento escolar .Fumador de 4-5 cigarrillos /día .En momentos que se sentía muy mal se autolesionaba.

LIBRO DE PONENCIAS .XI Encuentro de Investigación en Enfermería .  
Madrid 14-17 de Noviembre de 2007



Resolución de la entrevista: Explique dieta equilibrada, pactamos algunos cambios y visita para la siguiente semana.

Seguimiento: Trabajamos el tema de la alimentación y como mejorar la comunicación con los padres .No quería que los padres se enteraran de nada. Asesorada por el CSMIJ decidimos seguir seguimiento .Durante aquel tiempo el chico hablo con la tutora y favoreció el trabajo con el chico.

Derivación: Se decidió la derivación ya que no mejoraba .Fue diagnosticado de depresión trastorno alimentario. Actualmente sigue visitas con psicólogo y psiquiatra .

## **CONCLUSIONES**

La implantación del programa ha requerido un esfuerzo importante por parte de las enfermeras que lo llevan a cabo, para establecer los circuitos de participación y colaboración con los diferentes recursos territoriales ,CSMIJ,CAS,PASSIR, EAP,IME.

De los datos examinados al hacer la evaluación destacan:

1-El número de visitas fue superior en los centros concertados que en los públicos a pesar de tener estos últimos más alumnos. Una de las causas creemos que podría ser la mayor complejidad de los centros públicos.

2- Realizaron más consultas las chicas .

3- El origen de la demanda fue mayoritariamente por iniciativa del propio alumno.

4- Los temas por los cuales consultaron fueron en primer lugar sexualidad y afectividad, alimentación, drogas....Nos ha llamado la atención lo poco que han consultado sobre el alcohol y tabaco.

5-De las derivaciones que se realizaron destacan las del PASSIR y las del CSMIJ. Los casos que se derivaron al CSMIJ todos precisaron seguimiento psicológico

**AUTOR :** Juan Madrid Gutiérrez. Director del Centro Madrid Salud Joven

**TÍTULO:** LA PROMOCIÓN POSITIVA EN LA ADOLESCENCIA

**MARCO TEÓRICO.**

La promoción de la salud se describe como un *proceso*, cuyo objeto consiste en fortalecer las habilidades y capacidades de la persona para emprender una acción, y la capacidad de los grupos o las comunidades para actuar colectivamente con el fin de *ejercer control sobre los determinantes de la salud*.

Estos *determinantes de la salud* incluyen aquellos que están bajo el control del individuo, como las conductas individuales orientadas a la salud y el uso de los servicios sanitarios y otros que están fuera del control de la persona e incluyen las condiciones sociales, económicas y del entorno, así como la prestación de servicios sanitarios. Tenemos entonces que las acciones que apoyan a las personas para que adopten y mantengan estilos de vida saludables, y que crean condiciones de vida (entornos) que apoyan la salud, constituyen elementos clave de una promoción de la salud eficaz.

Existen diferencias importantes de perspectiva y énfasis con respecto a aquello que representa el 'éxito' de un programa de promoción de la salud. Entre dichas perspectivas, podemos citar aquellas de:

**Los responsables de elaborar las políticas y los gestores de presupuestos**, que deben tener la capacidad de juzgar el éxito (o posible éxito) de los programas. Este éxito suele definirse en términos de la relación que existe entre la inversión y el logro de los resultados de salud a corto plazo.

**Los profesionales de la promoción de la salud**, que deben ser capaces de juzgar el posible éxito de un programa con respecto al logro de sus objetivos definidos en circunstancias de la 'vida real'.

**La población que se beneficiará de la acción de promoción de la salud.**

Este éxito se podría definir en términos de relevancia con respecto a las necesidades percibidas, y de las oportunidades de participación de la comunidad.

**Los investigadores académicos**, que necesitan juzgar el éxito, con el fin de mejorar el conocimiento y la comprensión de la relación que existe entre las intervenciones y los efectos observados aplicando 'reglas de evidencia' científica.

En otro sentido, existen distintos 'puntos de entrada' en la promoción de la salud según pongamos el énfasis en el escenario, la población o el tema que se aborda.

Estos enfoques no son mutuamente excluyentes. **Los escenarios** ofrecen oportunidades de llegar a poblaciones diana específicas, por ejemplo, en relación con los adolescentes, las intervenciones basadas en los centros de enseñanza; en sus redes de asociación o de barrio).

Una orientación a grupos concretos de **población**, como los adolescentes, permite una focalización mejor de los problemas de salud que son más comunes entre los diferentes grupos, pudiendo dar lugar a una participación mayor en las intervenciones. La atención prestada a los problemas sanitarios que afectan a las poblaciones desfavorecidas puede asimismo alentar intervenciones que aborden determinantes sociales, económicos y políticos esenciales para la salud, como la pobreza, problemas de vivienda, escolarización, maltrato, etc. El éxito aquí se definirá en términos de oportunidades de participación comunitaria, junto con el logro de un cambio en los determinantes estructurales y relacionados con la conducta orientada a la salud.

La concentración en un **tema de salud** específico, como la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, garantiza que una intervención sea abordada de forma más abierta y directa. El éxito en este caso suele definirse por lo general de forma más sencilla en relación con el impacto y el resultado con respecto al problema identificado.

Por ello, es esencial proporcionar un marco que contribuya a definir los resultados asociados a la actividad de promoción de la salud. La Tabla 1.1 presenta una jerarquía ampliamente aceptada de 'resultados' y sus relaciones con la actividad de promoción de la salud.

**Tabla 1.1 Un modelo de resultados de la promoción de la salud**

- Resultados sociales y de salud

**Resultados sociales**

las medidas incluyen: calidad de vida, independencia funcional, equidad

**Resultados de salud**

Las medidas incluyen: reducción de la morbilidad, discapacidad, mortalidad evitable

- Resultados intermedios de salud (*determinantes de la salud modificables*)

**Estilos de vida saludables**

las medidas incluyen: consumo de tabaco, elecciones alimenticias, actividad física, consumo de alcohol y drogas

**Servicios sanitarios eficaces**

las medidas incluyen: prestación de servicios preventivos, acceso a los servicios sanitarios y su adecuación

**Entornos saludables**

las medidas incluyen: entorno físico seguro, condiciones económicas y sociales que apoyen la salud, buen suministro de alimentos, acceso restringido al tabaco y al alcohol

- Resultados de la promoción de la salud (*medidas del impacto de las intervenciones*)

**Alfabetización para la salud**

las medidas incluyen: conocimiento relacionado con la salud, actitudes, motivación, intenciones conductuales, habilidades personales, autoeficacia.

**Acción e influencia sociales**

las medidas incluyen: participación comunitaria, 'empoderamiento' de la comunidad, normas sociales, opinión pública

**Políticas públicas saludables y prácticas organizativas**

las medidas incluyen: declaraciones políticas, legislación, reglamentación, asignación de recursos, prácticas organizativas

- Acciones de promoción de la salud

**Educación**

se pueden citar como ejemplos: educación de los pacientes, educación escolar, comunicación con los medios de comunicación y la prensa escrita

**Movilización social**

se pueden citar como ejemplos: desarrollo de la comunidad, facilitación de los grupos, asesoramiento técnico

**Abogacía**

se pueden citar como ejemplos: lobbying, organización y activismo políticos, superación de la inercia burocrática

Las *prácticas organizativas* y las *políticas públicas saludables* son el resultado de esfuerzos destinados a superar las barreras estructurales que impiden la salud. La legislación de control del tabaco en Europa constituye un buen ejemplo de los esfuerzos combinados de la abogacía interna y externa por el cambio político.

Decidir cuál es el mejor punto de partida y cómo se deben combinar las diversas acciones con el fin de alcanzar los resultados deseados de promoción de la salud es esencial para una práctica eficaz de la promoción de la salud.

Un programa típico de promoción de la salud podría consistir en intervenciones dirigidas a los tres factores arriba identificados como resultados de la promoción de la salud. Por ejemplo, un programa que tenga por objeto reducir el consumo de tabaco entre los adolescentes podría consistir en esfuerzos destinados a educar a los jóvenes en relación con las consecuencias negativas del tabaco, en esfuerzos destinados a influir en los padres y en otros modelos de roles sociales con el fin de conseguir que fumar sea menos atractivo / aceptable socialmente para los jóvenes, y en una acción legislativa destinada a limitar el acceso al tabaco y la exposición a su publicidad

Está implícita la noción de que el cambio a los distintos niveles del resultado tendrá lugar de acuerdo con diferentes escalas de tiempo, dependiendo de la naturaleza de la intervención y del tipo de problema social y sanitario que se aborde. Esto explica también que la relación que existe entre la acción de promoción de la salud y los eventuales resultados de salud sea compleja y difícil de someter a seguimiento.

### ¿POR QUÉ NOS OCUPARNOS DE LOS ADOLESCENTES?

Hay tres razones o criterios para hacerlo:

- Si nos ocupamos de los adolescentes es porque creemos que en su vida tienen un conjunto de oportunidades que si no las descubrieran el resultado cuando lleguen a la juventud, cuando lleguen a ser ciudadanas y ciudadanos, más tarde adultos, sería diferente.
- El segundo criterio, que se puede llamar de inmunización o de autoprotección. Cuando hablamos de autoprotección, nos referimos a dotar a los adolescentes de capacidades para decidir, de capacidades para descubrir lo que les pasa, de capacidades para gestionar lo que pasa en sus vidas.
- Finalmente el criterio de experiencia. A los chicos y chicas adolescentes hay que aportarles nuestra experiencia, sin invadir su vida y sin querer controlarlo todo.

**Diferentes experiencias en Europa y EEUU avalan la necesidad y conveniencia de desarrollar centros específicos y “monográficos” para jóvenes y adolescentes. En el mismo sentido, los objetivos marcados a nivel europeo por la Organización Mundial de la Salud (2001) para los próximos diez años, se establece la necesidad de crear servicios específicos de atención a jóvenes en salud sexual y salud reproductiva en una proporción de un servicio o centro por cada 100.000 jóvenes entre 15 y 24 años.**

En una encuesta realizada por nuestro Programa del Adolescente, en un centro educativo de Madrid con 659 adolescentes de 14 a 19 años, cuando les preguntamos acerca de sus intereses o necesidades de salud vemos que valoran la salud como algo importante. A medida que aumenta la edad valoran su estado de salud más bajo (6.37 sobre 10), en especial las chicas. Cuando se sienten mal acuden a la familia o a sus amigos, sólo un 8.5 por ciento acude al médico, sin embargo, el 37.2 por ciento estarían interesados en consultar con un profesional de la salud. Este interés aumenta con la edad y más en las chicas llegando al 50 por ciento en 2º de bachillerato. Los temas que más les interesan consultar son: sexualidad (43%), hábitos de salud (40,6%) y problemas psíquicos y emocionales (35,6%). Los temas de sexualidad y drogas prefieren tratarlos en grupo mientras que los psicoemocionales y familiares individualmente.

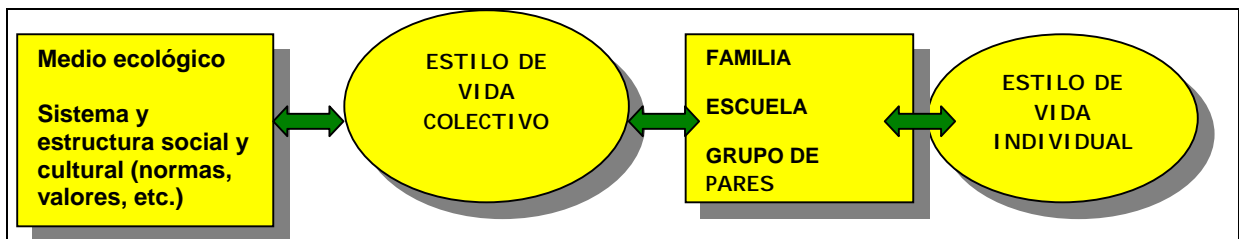
### ¿CÓMO DEBE ENFOCARSE LA COMPLEJA TAREA DE PROVEER CUIDADOS DE SALUD ADECUADOS A LOS Y LAS ADOLESCENTES?

**La atención debe ser provista en múltiples niveles.**

- **En primer lugar, porque los adolescentes frecuentemente se sienten intimidados al compartir servicios dedicados a adultos, e irritados al compartir salas pediátricas, es importante que tengan acceso a programas específicos para ellos. Esto también es útil porque cuando consultan piden confidencialidad.**
- **En segundo lugar, porque el y la adolescente y joven a menudo es reacio a la visita médica, deben facilitarse las oportunidades de atención en los lugares donde ellos se encuentran (escuela, trabajo, calle, etc.).**

**El Centro Madrid Salud Joven (CMSJ) parte de la idea de que la salud debe ser abordada en forma integral e interdisciplinaria y en el contexto de las interrelaciones dinámicas entre los tres sistemas básicos (biológico, psicosocial y ambiental).**

Un centro en el que se dará información, asesoramiento y asistencia a los adolescentes y jóvenes de Madrid. Donde se imparta docencia y se realice investigación y en el que se cuente con la participación de los jóvenes en la planificación del centro.



Interrelación de los factores macroambientales y microambientales.

**Consideramos que un centro específico, con horarios flexibles (mañana, tarde y fin de semana), con profesionales dedicados exclusivamente a trabajar con la juventud y adolescencia, donde se puedan desarrollar proyectos y programas, que los chicos y chicas identifiquen como propio; es una mejora evidente en la calidad de atención que prestamos desde el Ayuntamiento de Madrid.**

#### POBLACION DIANA

La actividad del Centro Joven va dirigida al conjunto de la población adolescente y joven hasta los 25 años, del municipio de Madrid, 461.948 personas (14,4% sobre el total de la población) y a los mediadores sociales (padres, profesores, animadores juveniles, etc).

#### OBJETIVOS

- ✓ Contribuir a la promoción, prevención y atención de los problemas de salud de nuestra población.
- ✓ Impulsar la educación para la salud en los centros educativos.
- ✓ Sensibilizar al conjunto de las fuerzas sociales sobre las necesidades de salud de los adolescentes y jóvenes.

#### METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

**El Centro Joven se configura como un espacio de Información, asesoramiento, asistencia, educación para la salud, docencia, investigación y participación.**

**Algunas de las características a tener en cuenta con respecto al tipo de servicio que vamos a dar son:**

- Se atenderá a adolescentes y jóvenes hasta 20 años. Está comprobado que cuando se comparten horarios y tiempos con otros segmentos etáreos los y las jóvenes tienen dificultades para identificarse y acudir a un centro de salud.
- Una vez atendidos se mantendrá el seguimiento hasta los 24 años.
- Su ámbito de atención es todo el municipio de Madrid. Por su ubicación, además, se hará cargo de todas las actividades del programa del adolescente de los distritos Centro y Moncloa - Aravaca.
- Los profesionales estarán formados y con experiencia en trabajar con adolescentes cumpliendo los criterios del Programa.
- Se respetará la confidencialidad en la relación.

## POSIBLES BARRERAS ORGANIZACIONALES DE LOS SERVICIOS DE SALUD

### • RELACIONADAS CON LA ACCESIBILIDAD

5. TIEMPOS O LISTAS DE ESPERA
6. EXIGENCIA DE CITA PREVIA Y/O PASOS INTERMEDIOS
7. SISTEMAS DE RECEPCIÓN RÍGIDOS
8. HORARIOS DE ATENCIÓN

### • RELACIONADAS CON EL AMBIENTE PROFESIONAL

5. AUSENCIA DE CONFIDENCIALIDAD Y/O ANONIMATO
6. SALA DE ESPERA Y ESPACIOS NO ESPECÍFICOS O ADAPTADOS
7. PERSONAL CON DÉFICIT DE HABILIDADES DE COMUNICACIÓN CON EL/LA ADOLESCENTE
8. MEDICALIZACIÓN

### • RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN A DEMANDAS “URGENTES” DEL/LA ADOLESCENTE

5. ANTICONCEPCIÓN POSTCOITAL
6. PRUEBAS DE EMBARAZO
7. INFORMACIÓN PREVIA Y REVISIÓN POST IVE
8. OTRAS CONSULTAS REALIZADAS COMO URGENCIAS.

## ALGUNOS DATOS DEL CENTRO

- El equipo está formado por 20 profesionales de diferentes categorías: médicos, enfermeras, ginecólogas, psiquiatra y psicóloga, trabajadora social, socióloga, auxiliares y administrativas.
- Estamos acreditados como centro de salud desde abril del 2006 y como punto de vacunación desde abril de 2007.
- Atendemos los 365 días del año ampliando los fines de semana un equipo en el CMS de Vallecas.
- Disponemos de los siguientes servicios:
  - Consulta general a demanda y programada de medicina y enfermería
  - Ginecología de la adolescencia
  - Atención en salud mental
  - Consulta de trabajo social
  - Grupos de educación maternal para adolescentes
  - Consulta de consejo de VIH/SIDA con extracción de sangre en el centro.
  - Punto de vacunación para corrección de calendario vacunal
  - Consulta de sexología
  - Atención a través del correo electrónico.
- Las actividades del centro están organizadas en las siguientes áreas temáticas:
  - Áreas de atención: medicina, enfermería, etc...
  - Coordinación con la comunidad
  - Formación e investigación
  - Grupo de maltrato
  - Tabaco, alcohol y otras drogas
  - Educación para la salud
  - Materno
  - Documentación

## RECURSOS HUMANOS

Los recursos humanos que disponemos son:

- ✓ 3 médic@s.
- ✓ 4 enfermer@s.
- ✓ 5 Auxiliares con funciones de apoyo a las consultas, de recepción y de atención telefónica.
- ✓ 2 ginecolog@. En horario de mañana y tarde.
- ✓ 1 psicolog@.
- ✓ 1 Psiquiatra
- ✓ 1 sociólogo.
- ✓ 1 auxiliar administrativo.
- ✓ 1 Trabajadora social
- ✓ Un Jefe de Sección
- ✓ Un adjunto a la sección.

## HORARIO

- **De lunes a viernes en jornada de mañana y tarde.**
  - **Mañana de 8h a 15 h y Tarde de 14 a 21h**
- **Sábados, domingos y festivos, media jornada.**
  - **Mañana de 10h a 14 h.**

## UBICACIÓN

- ❖ Navas de Tolosa, 8. Distrito Centro

## ORGANIZACIÓN FÍSICA DEL CENTRO

- Consulta-asesoría de Medicina.
- Consulta-asesoría de Enfermería/matrona
- Consulta de extracciones
- Consulta ginecología
- 2 Consultas salud mental
- Administración y Gestión
- Centro de documentación.
- Sala de reuniones.
- Sala Multiusos
- Sala de archivo de historias.
- Recepción y sala de espera

## DATOS DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DEL CMSJ

Tabla 4: Adolescentes <21 años que acuden por primera vez al centro

MENORES DE 21 AÑOS: PACIENTES NUEVOS	
MES	TOTALES
30-11-04 al 31-12-04	710
AÑO 2005	8078
AÑO 2006	7443
A MAYO 2007	4838
<b>TOTAL</b>	<b>21069</b>

**Tabla 5 Adolescentes <21 años que acuden a revisión o a otras consultas**

<b>MENORES DE 21 AÑOS: REVISIONES</b>						
<b>MES</b>	<b>MEDICINA + ENFERMERIA</b>	<b>GINECOLOGÍA</b>	<b>PSICOLOGÍA</b>	<b>ASESORIA GENERAL</b>	<b>ASESORIA SEXUAL</b>	<b>TOTAL</b>
30-11-04 al 31-12-04	57	158	43	13	5	276
<b>AÑO 2005</b>	<b>2928</b>	<b>1658</b>	<b>725</b>	<b>422</b>	<b>256</b>	<b>5989</b>
<b>AÑO 2006</b>	<b>4358</b>	<b>2121</b>	<b>747</b>	<b>277</b>	<b>72</b>	<b>7575</b>
<b>A MAYO 2007</b>	<b>2925</b>	<b>1155</b>	<b>464</b>	<b>174</b>	<b>66</b>	<b>4784</b>
<b>TOTAL</b>	<b>10268</b>	<b>5092</b>	<b>1979</b>	<b>886</b>	<b>399</b>	<b>18624</b>

**Tabla 6. jóvenes >20 años que acuden a revisión o a otras consultas**

<b>MAYORES DE 20 AÑOS</b>						
<b>MES</b>	<b>MEDICINA + ENFERMERIA</b>	<b>GINECOLOGÍA</b>	<b>PSICOLOGÍA</b>	<b>ASESORIA GENERAL</b>	<b>ASESORIA SEXUAL</b>	<b>TOTAL</b>
30-11-04 al 31-12-04	187					<b>187</b>
<b>AÑO 2005</b>	<b>1577</b>	<b>242</b>	<b>26</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>1851</b>
<b>AÑO 2006</b>	<b>3411</b>	<b>716</b>	<b>78</b>	<b>63</b>	<b>6</b>	<b>4274</b>
<b>A MAYO 2007</b>	<b>2123</b>	<b>350</b>	<b>164</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2637</b>

**Tabla 4: Comparación año 2005 con 2006. Resumen total de atenciones prestadas.**

	<b>AÑO</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>A MAYO 2007</b>	
<b>NUEVOS &lt; 21 AÑOS</b>		8722	8334	4838	
<b>REVISIONES &lt;21 AÑOS</b>		5345	7337	4784	
<b>EXTRACCIONES</b>		325	295	186	
<b>MAYORES 20 AÑOS</b>		1851	4274	2637	
<b>ADOLESCENTES + PAREJA (*)</b>		1657	2758	880	
<b>TOTAL</b>		<b>17.900</b>	<b>22.998</b>	<b>13.425</b>	<b>64.323</b>

(\*) Cuando acude la pareja se les ve individualmente a los dos

### **Datos de estrategia educativa**

Actividades de educación para la salud

- Dirigida a los adultos de referencia (padres, profesores, educadores, etc.) y consistente en charlas, coloquios u otras actividades encaminadas a dotarles del conocimiento oportuno sobre la fenomenología que ocurre durante la pubertad.
- Las actividades se realizan, tanto dentro del Centro Madrid Salud Joven como en el exterior. El aula que tenemos nos posibilita tener jornadas de puertas abiertas con talleres regulares un día por semana.
- Los temas más recurrentes en las intervenciones de Educación para la Salud son:
  - Alimentación e imagen corporal
  - Relajación y habilidades emocionales
  - Educación sexual
  - Prevención de la violencia de género
  - Prevención del consumo de drogas



- Dentro de nuestras actividades de Educación para la Salud cabe especial mención a los talleres que realizamos en la propia consulta. Se realizan como actividad docente complementaria a la actividad asistencial, dentro de la propia consulta de enfermería o medicina. Puede realizarse individualmente, en pareja o en un grupo de amigas/o que han acudido a nuestro centro.
- Destacamos nuestra participación en la Educación para la Salud General que viene realizando el centro en la comunidad educativa. Una gran parte de nuestra actividad se desarrolla en apoyar y dar cobertura a las demandas de los Centros Educativos de la zona.
- Orientación a educadores y mediadores juveniles sobre los problemas de salud biopsicosocial de los adolescentes y jóvenes.
- Distribuimos entre los educadores y adolescente y jóvenes materiales divulgativos: folletos, guías, trípticos informativos, tanto de Madrid Salud como de otras instituciones de los que disponemos de material.
- Ponemos a disposición el Centro de Documentación con más de 2.000 reseñas.

#### **Actividades de coordinación**

- Participamos en la organización de las Jornadas sobre atención a adolescentes en el ámbito municipal con Servicios Sociales y en los Planes de Infancia y Adolescencia, de Familia y Plan Joven Municipal.
- Colaboramos en especial con los recursos del distrito Centro:
- Participamos en las Mesas de Salud y de prevención del Distrito Centro con los que hemos organizado las primeras jornadas de salud comunitaria del distrito en el mes de Abril. En ella están representados la mayoría de las instituciones que trabajan en salud. También participamos de la mesa de prevención del Distrito Centro
- Con el CAI y el CAF; mesa familia e infancia
- Con las agentes de igualdad
- Comisión de absentismo escolar
- Colaboramos con el Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad de la Asociación de Planificación Familiar de Madrid, se mantiene una relación positiva de colaboración a través de actividades de formación, derivación de adolescentes, participación en jornadas o apoyo a sus actividades de voluntariado. Tenemos un convenio establecido con financiación de Madrid Salud para la atención en fines de semana. Recibimos registros periódicos de actividad y se ha elaborado un folleto conjunto.
- Hemos colaborado con otras ONGs como: FAD, ADEPS, CONSEJO DE LA JUVENTUD. Los grupos que ellos llevan pasan con frecuencia por el CMSJ para EpS y ser atendidos en las consultas.
- Con la Red de Madres de la comunidad de Madrid
- Con el SEMSI y con CEPAIM, PAIDEIA, Trama, Retiro 3
- Tenemos contactos con la Asociación Española contra el Cáncer. Con ellos organizamos todos los años, junto con la Escuela de Sanidad y el Ministerio de Sanidad y Consumo el Día Mundial sin Tabaco.
- Mantenemos relaciones con otros municipios de la Comunidad de Madrid: Parla, Alcorcón, Leganés, Coslada, Fuenlabrada, Getafe o Alcobendas entre otros. Intercambiamos experiencias, materiales y colaboramos en Jornadas de Trabajo.
- Hemos establecido una buena relación con la Sociedad de Medicina del Adolescente de la Asociación Española de Pediatría. En el 2005-06 realizamos varios talleres en el congreso de la sociedad. Está previsto que realicemos un curso de EpS dirigido a los socios. Formamos parte del Comité de Organización del Congreso que se celebrará en marzo del 2006 en Alcalá de Henares.
- Existe también relación con el Instituto de Adicciones de Madrid Salud. Estamos en contacto para desarrollar las estrategias precisas para la atención preceptiva sobre "sanciones administrativas". De momento se colabora puntualmente con los CADs. La incorporación de Educadores Sociales en el Centro Madrid Salud Joven está facilitando mucho el intercambio.
- Con el Instituto del Menor y la Familia hemos establecido una relación de cooperación en algunas actuaciones. El CMSJ se ha convertido en la referencia, para algunos casos de jóvenes en conflicto. Hemos acordado atender a adolescentes a quienes los jueces les imponen como sentencia recibir cursos de educación sexual o de habilidades sociales, es decir, cumplirán la sentencia con nuestro apoyo formativo.
- Con el Área de Cultura, Educación, Juventud y Deportes seguimos manteniendo relación. Colaboramos en la edición de la guía de recursos educativos y en el desarrollo del Plan Municipal de Juventud .
- Como consecuencia de nuestra colaboración con el Proyecto Megápolis hemos establecido relación con los ayuntamientos de las principales capitales europeas. En el año 2005 presentamos una comunicación en Londres.

- Formamos parte del equipo que está elaborando los programas de formación de la Comunidad de Madrid a través de la Agencia Laín Entralgo para Atención a Adolescentes y Educación para la Salud y a través de la cual hemos impartido tres cursos sobre Consulta Joven y varios sobre Educación Sexual.
- Para muchos educadores que trabajan en pequeñas asociaciones nos hemos convertido en referencia para derivar o venir a trabajar con sus adolescentes en el centro. Durante varios meses, en 2006 se constituyó en el centro un Club de Ocio Juvenil llevado por educadores del distrito centro.
- En colaboración con el Programa infanto-juvenil trabajamos con el programa de prevención de accidentes que está estructurado en una parte específica de prevención y otra de primeros auxilios. Hemos colaborado en la formación de formadores municipales, de hecho los cursos se realizaron en nuestro centro. Nuestro Jefe de Sección ha sido supervisado y acreditado para formar formadores.
- 

**Actividades de investigación y publicaciones.**

- Se realizan tareas de investigación de ámbito global y sectorial, tanto de carácter cuantitativo como cualitativo. Asimismo, la información relevante que se deriva de la realización de la actividad del CMSJ se publicará en revistas especializadas, se presenta en congresos, jornadas y seminarios relacionados con los adolescentes.
- 

**Tabla 11: Formación de profesionales. Estudios e Investigaciones**

Denominación	Objetivo	Población Diana	Nº Participantes
Investigación Cualitativa sobre la Anticoncepción de Emergencia	Conocer variables o factores relacionados con la APC	Adolescentes del CMS Joven	20 entrevistas individuales y 2 grupos de discusión
Investigación sobre la percepción de riesgo de VIH en población adolescente residente e inmigrante	Conocer percepción y conocimientos frente a VIH. Diferencias entre población residente e inmigrante	Adolescentes CMSJ , Madrid y Granada	Muestra de 3000 adolescentes
Participación en el estudio GRT-BEL 2006	Tolerabilidad y eficacia de un anticonceptivo hormonal de baja dosis (acetato de clormadinona).	Captación y seguimiento de 15 casos a lo largo de 13 ciclos. 2006/2007	15 casos
Percepción sobre violencia de género en parejas adolescentes	Conocer percepción violencia de género entre parejas adolescentes	Adolescentes que acuden al CMSJ	240
Miembro de Equipo Daphne, expertos en anticoncepción hormonal	Actividad de investigación y formación en relación a anticoncepción	Mujeres en edad fértil	
Miembro del Comité Ejecutivo del Consejo Regional Europeo de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF)			
Miembro de la SEGO	Grupo de Trabajo de Ginecología de la Adolescencia		
Participación en Programas de "Saber Vivir", TVE-1	Programa divulgativo sobre salud. Actuación en materia de Ginecología		

## **BIBLIOGRAFÍA :**

### **Publicaciones**

- Informe SIAS. Artículo "Adolescencia, Inmigración y Violencia Sexual"
- Revista Pediatría Integral: Artículo "De píldoras, parches y anillos. Anticoncepción: nuevas opciones, nuevos métodos".
- En colaboración con otros autores, artículo "La práctica de los descansos en el uso de anticonceptivos hormonales en España: resultado de cuatro encuestas de ámbito nacional", publicado en Revista Progresos en Obstetricia y Ginecología nº 49. 2006.
- "Uso de métodos anticonceptivos por los jóvenes: una fotografía de la realidad española", en "Evolución de la anticoncepción en España: sociedad, salud y medios de comunicación". Aula Médica Ediciones, 2006.
- "La situación de la planificación familiar y la salud sexual y reproductiva en la Comunidad de Madrid", en "La sanidad en la Comunidad de Madrid 2006". Fundación Sindical de Estudios. 2006.
- "Píldora anticonceptiva de emergencia de toma única". Boletín Informativo sobre Salud de la Mujer, Equipo Daphne, nº 14, junio 2006.

**Mesa de comunicación 10(Bilingüe):Cuidados a las situaciones críticas :Critical care**

**AUTHOR/S:**

Bana Derakhshan, Homayoon1; Saedi Khameneh, Noorieh2;  
Shahnazarian, Jasmine3; Mehrabi, Yadollah4

**TITLE:**

The effectiveness of continuing incidental education on knowledge of occupying nurse's about C.P.R.

**TEXT:**

**Objectives:**

This research is a semi experimental study that is done to determine of effectiveness of continuing incidental education of occupying nurses about essential nursing care in occurrence of cardiopulmonary arrest.

**Methods & Materials:**

The tools of gathering data were an educational booklet, an educational poster and a questionnaire with 25 questions related to different matters, includes of: general concepts, opening the airway, artificial ventilation, cardiac compression, administration of drugs and electroshock.

In this research these variables were considered: age, sex, and degree, year's service, passing the courses on C.P.R., shifts of working, and the number of doing C.P.R.

**Procedure:**

At first, 60 nurses were selected. All of them had the B.S. degree and were working in medical or surgical wards. The questionnaire gave to all participants for answering to questions in 20 minutes (pre-test). Then the educational poster hung in a suitable place in wards and educational booklets put in wards in access of nurses. After two weeks the same questionnaire was given to them for answering (post-test).

**Results:**

The statistical analysis between the pre-tests and post-tests showed that totally the continuing education with educational booklet and poster about C.P.R. was affected on the increase of the knowledge of nurses.

The findings of this research showed that:

- 1-The continuing education had positive effect on the knowledge of nurses on C.P.R.
- 2- With increasing of age, the marks of pre-tests had decreased. This matter shows that the knowledge of nurses with aging forgets.
- 3- There is no difference between answering of nurses of medical and surgical wards.
- 4- The education was more effective in medical wards in comparison of surgical wards.

**Discussion & Conclusion:**

The researcher believes that the education of all medicine and nursing sciences can perform by using of continuing incidental education method and recommend that with formation of specialized groups that are expert to preparation of updated educational pamphlets, booklets...; the possibility of increasing of knowledge is present.

**Background :**

Nurse is an important member in health care system. Nurses form the biggest group of health care professionals and have a considerable effect on the quality of the health care currently being provided. (1). Nowadays regardless of their clinical duty, all nurses should have technical – communication skills as well as an innovative and sensitive thinking in a developmental process.

Developing these skills is time consuming and complex and it is difficult for nurses and employers to provide them (2). One critique is always heard about universities and faculties that they don't prepare students for starting their activity in the field of nursing adequately and properly and this problem leads to lack of development of the skills and knowledge at the pace of rapid changes in today's technology.

(3). Studies have shown that in spite of graduates sufficient knowledge on scientific and theoretical matters, they don't have efficacy and skills in clinical and practical settings and this lack of competency is in matters such as putting theory into practice, problem solving, and performing the skills related to . (4)

Medical education has a lot of components which are attached to each other like a chain in order to make the student a capable graduate. Bloom has divided learning fields into three main parts attitude know ledge, and skill. Some researches have been carried out about attitude, awareness, and professional function of nurses in our country.

These studies show that the newly employed nurses had the lowest score in patient education and the highest score in general skills and personal characteristics(5), and the verbal and non-verbal communication with the patients. (6) Also it has been shown that young nurses' attitude toward taking care of the elderly patients is better than their older colleagues and there is reverse relation between the variables of knowledge and age.(7)

**BIBLIOGRAPHY:**

**References:**

1. Reily D. Behavioral objectives evaluation in nursing. 2nd ed, New York: Appleton Century Crofts Co,1980:89
2. Delbueno J. Experiences, education, and nurse's ability to make clinical judgment. Nurse Health Care 1990; 11: 290-4
3. Eveson W. the consistency of clinical nursing education with employer expectation, perception of registered nurses in Montana. EDC dissertation, University of Montana. 1989: 11-12
4. Manoochery H.1991. A study of the opinions of senior BS students of nursing in Tehran province faculties of nursing about the correspondence of theory lessons syllabus for clinical internship in 2nd semester 1990-1991. Tehran: shaheed Beheshti University of Medical Sciences Available from: Central Library of Shaheed Beheshti university of medical Sciences.
5. Izadpanah A. 1994. A study of the opinions of supervisors and patients about the professional competency of newly employed nurses of the hospitals affiliated to the ministry of health, treatment and medical education in mashad. Tehran; shaheed Beheshti University of Medical Sciences Available from: Central Library of Shaheed Beheshti University of medical Sciences.
6. Jozkabiri F. 1991. A study of communication between nurses and patients in internal heart wards in the hospitals affiliated to the ministry of health, and medical education in Tehran. Tehran; shaheed Beheshti University of Medical Sciences Available from : Central Library of Shaheed Beheshti university of medical Sciences
7. Shafaian M. 1996. A study of the relation between job satisfaction and functioning of personnel of Semnan's educational hospital. Tehran; shaheed Beheshti University of Medical Sciences Available from : Central Library of Shaheed Beheshti university of medical Sciences.

**AUTOR/ES:**

SIMARRO BLASCO, JOSE ANTONIO; NOHEDA RECUENCO, MILAGROS; GUIJARRO HERNÁIZ, MARÍA JESÚS; BASCUÑANA BLASCO, MÓNICA; NOHEDA BLASCO, MARIA CARINA; OROZCO RECUENCO, MARIA JOSÉ; ABANADES CONTRERAS, MARTA.

**TÍTULO:**

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

**TEXTO DEL TRABAJO:****PALABRAS CLAVE:**

UCI, Unidad de cuidados intensivos, Traqueostomía percutánea, Medicamentos, Sedación, Analgesia, Relajación.

**INTRODUCCIÓN:**

En las Unidades de Cuidados Intensivos, un número importante de pacientes requiere asistencia respiratoria con ventilación mecánica durante periodos prolongados de tiempo. La primera opción para suministrar oxígeno la constituye actualmente la intubación orotraqueal con consecuencias deletéreas a largo plazo, asociadas principalmente a estrechez laríngea, incomodidad y mayor dificultad en el manejo de secreciones. Apareció entonces la traqueostomía (creación quirúrgica de una abertura en la tráquea para evitar obstrucciones que interfieran con la respiración) como el método de elección para proporcionar un acceso a la tráquea de larga duración.

En 1985 Ciaglia y cols describen una nueva modalidad de traqueostomía percutánea consistente en la dilatación progresiva de un estoma traqueal, creado al introducir sobre un fiador metálico y un catéter guía, dilatadores de calibre progresivamente mayor, haciéndose cada vez su utilización mas frecuente en las unidades de Cuidados Intensivos frente a la traqueostomía quirúrgica realizada en quirófano.

La traqueostomía percutánea, realizada en UCI, frente al la traqueostomía quirúrgica, realizada en quirófano, es la técnica de elección en el paciente crítico por su facilidad de ejecución, rapidez, baja incidencia de complicaciones, no precisa traslado de unidad, cierre precoz del estoma, menor riesgo de infección y ventajas en términos coste-efectividad.

Las ventajas de la traqueotomía sobre la intubación prolongada son:

1. Reducción de la resistencia de la vía aérea del trabajo respiratorio.
2. Mejor higiene del árbol traqueobronquial.
3. Menor necesidad de analgesia y sedación.
4. Mayor rapidez en la desconexión de la ventilación mecánica.
5. Menor estancia en UCI.

En los últimos años, la traqueotomía percutánea por dilatación se ha convertido en una alternativa a la traqueotomía quirúrgica convencional, realizándose hasta en un 16.8% de los pacientes críticos.

Es importante conocer al máximo la técnica y medicación utilizada para disminuir riesgos y prevenir efectos adversos.

**OBJETIVOS:**

1. Valorar en los pacientes que se realice traqueostomía percutánea en la Unidad de Cuidados Intensivos:

\* Tiempos de ventilación mecánica previa a la realización de la traqueostomía percutánea en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

\* Tiempos de estancia en UCI.

\* Complicaciones a la hora de realizar traqueostomía.

Para calcular posteriormente cargas de trabajo de enfermería y comprobar el tiempo medio de acto quirúrgico de la traqueostomía.

2. Describir edades, sexo, mortalidad, procedencia y diagnóstico principal de los enfermos que se les realiza esta técnica.

3. Saber el tipo de sedación, analgesia y relajación utilizada en la realización de la traqueostomía percutánea en UCI, y conocer las dosis de estos fármacos utilizados, para prepararlos y administrarlos con premura.

#### METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo, retrospectivo de 22 traqueostomías percutáneas realizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca durante 2006. Variables: edad, sexo, días de ventilación mecánica pretraqueostomía, éxitos en UCI, diagnóstico principal, procedencia al ingreso, estancia en UCI, complicaciones, utilización de guía endoscópica y tiempo de realización de la técnica. Se analizó también el tipo y dosis de sedo-analgésia-relajación utilizada durante un periodo de 1 hora antes y 1 hora después de realizar la técnica. Se determinó este periodo por ser los momentos de máxima carga de trabajo para el equipo de enfermería.

#### RESULTADOS:

Se han analizado 22 pacientes (n=22) que se les realizó traqueostomía percutánea en U.C.I. El 68,18 % fueron realizadas a hombres (n=15) y el 31,82% fueron realizadas a mujeres (n=7).

La media de edad fue de 62,87 años con una desviación de  $\pm 12,78$ , un máximo de 81 años y un mínimo de 33 años.

La estancia media en U.C.I. fue de  $33,91 \pm 15,14$  días, con un máximo de 76 días y un mínimo de 13 días.

En cuanto a la procedencia, el 27,3% lo hicieron desde el Servicio de Quirófano, el 45,5% del Servicio de Urgencias, el 18,2% de Medicina Interna y el 9,1% de Cirugía. Los diagnósticos principales fueron: Cirugía Digestiva un 31,8% (n=7), Ictus Hemorrágico un 9,1% (n=2), Insuficiencia Respiratoria en 27,3% (n=6), Parada Cardio-Respiratoria en el 13,6% (n=3), Politraumatismo en el 4,5% (n=1) y Cirugía urológica en un 13,6% (n=3).

Las 22 traqueostomías se realizaron con el método de dilatación única (basado en técnica clásica de Ciaglia); 5 fueron realizadas con ayuda de guía endoscópica, por las características anatómicas del paciente y así prevenir complicaciones.

Las complicaciones aparecieron en el 31,82% (n=7) de los pacientes, siendo el 85,71% (n=6) hemorragia leve frente al 14,29% (n=1) hemorragia muy grave (secundario a las características del paciente).

El tiempo medio de ventilación mecánica previa a la traqueostomía fue de  $19,68 \pm 6,99$  días, con un mínimo de 8 y un máximo de 30 días.

El tiempo de realización de la técnica fue de 7,10 minutos  $\pm 2,02$  con un máximo de 9 minutos y un mínimo de 4 minutos.

Sedación, analgesia y relajación utilizada:

Propofol:

Utilizado en 45,5% (n=10) de los pacientes, el 90% (n=9) en perfusión continua y el 10% (n=1) en forma de bolos.

Dosis media de  $43,9 \pm 27,24$  miligramos (mg.).

Midazolam:

Utilizado en 54,5% (n=12), el 16,67% (n=2) en forma de perfusión continua, el 58,33% (n=7) en forma de bolos y el 25% (n=3) administrando bolo y perfusión continua conjuntamente.

La dosis media fue  $22,98 \pm 7,65$  mg.

Fentanilo:

Utilizado en 72,7% (n=16), el 56,25% (n=9) en forma de bolos y el 43,75% combinando bolos con perfusión continua.

Dosis media de  $0,37 \pm 0,15$  mg.

Bromuro de vecuronio:

Utilizado en 63,6% (n=14), el 92,86% (n=13) en forma de bolos y el 17,14% (n=1) en forma de perfusión continua.

La dosis media fue de  $10,73 \pm 4,29$  mg.

Cisatracurio:

Utilizado en un 9,1% (n=2) en forma de bolos.

Dosis media de  $30 \pm 14,14$  mg.

En porcentajes elevados los pacientes presentan hipotensión secundaria a los efectos adversos de la sedoanalgesia.

**DISCUSIÓN:**

En las Unidades de Cuidados Intensivos, un número importante de pacientes requiere de asistencia respiratoria con ventilación mecánica durante periodos prolongados. El correcto manejo de la vía aérea, en estas circunstancias, implica la realización de traqueostomías, por lo que es imprescindible que la enfermera conozca al máximo sus características, para prevenir y valorar complicaciones, y actuar de una forma rápida y efectiva. También debe tenerse en cuenta para el cálculo de cargas de trabajo de enfermería y el ratio enfermera-paciente. Conociendo los tiempos de la técnica y complicaciones nos ayuda a dar calidad en el cuidado.

Se recomienda tener preparadas las dosis medias de los fármacos que los médicos prevean utilizar, para una rápida actuación, en especial cuando en el equipo sanitario sólo hay una enfermera.

Es conveniente preparar un suero cristalino o coloidal, en función de las características del paciente, para actuar rápidamente en las hipotensiones generadas por la sedo-analgésia utilizada.

Conociendo los fármacos utilizados damos calidad y rapidez en el cuidado.

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. Ciaglia P, Fishing R, Symiec C. Elective percutaneous tracheostomy. Chest 1985; 87:715-719.
2. Perera Santiago G., García Hugo A.- Cirugía de Urgencia, Primera Edición, Editorial Panamericana, pg. 85-88, año 1997.
3. Paran H, Butnaru G, Hass I, et al. Evaluation of a modified percutaneous tracheostomy technique without broncoscopic guidance. Chest 2004; 126:868-871.
4. Busto, E.- Traqueotomía, Manual, Primera Edición, Editorial de la Universidad Católica Argentina.- Buenos Aires, 1992.
5. Goldenberg D, Golz A, Huri A, et al. Percutaneous dilation tracheotomy versus surgical tracheotomy: Our experience. Otolaryngology Head and Neck Surgery 2003; 128(3):358-63.
6. Lim J, Friedman M, Lazar A, et al. Experience with percutaneous dilational tracheostomy. Ann Otol Rhinol Laryngol 2000; 17:791-796.
7. Donaldson DR, Emami AJ, Wax MK. Endoscopically monitored percutaneous dilational tracheotomy in a residency program. Laryngoscope 2000; 110:1142-6.
8. Wang S J, Sercarz J A, Blackwell K E, et al. Open bedside tracheotomy in the Intensive Care Unit. Laryngoscope 1999; 109:891-893.
9. Massick DD, Yao S, Powell D, et al. Bedside tracheostomy in the intensive care unit: A prospective randomized trial comparing open surgical tracheostomy with endoscopically guided percutaneous dilational tracheotomy. Laryngoscope 2001; 111:494-500.
10. Añón JM, Escuela MP, Gómez V, García de Lorenzo A, Montejo JC, López J. Use of percutaneous tracheostomy in intensive care units in Spain. Results of a national survey. Intensive Care Med 2004; 30:1212-1215.
11. Plumier AL, Gracey DR. Consensus conference on artificial airways in patients receiving mechanical ventilation. Chest 1989; 96 (1):178-180).



**AUTHOR/S:**

Wendy Walker

**TITLE:**

Accident and emergency staff opinion on the effects of family-presence during adult resuscitation: critical literature review

**TEXT:**

Background

The practice of performing adult resuscitation in the presence of family members is a controversial issue that has stimulated discussion and debate worldwide. The earliest report of family-presence during adult resuscitation (FPDAR) emerged in the 1980's, attracting the attention of clinicians and giving rise to a growing output of literature regarding the pros and cons of this practice. Several professional organizations have responded to this debate by producing guidance to support decision-making activities in practice. Despite a prevailing trend towards acceptance of this phenomenon, FPDAR is a source of contention among Accident and Emergency (A&E) healthcare staff and their opinion is known to influence the extent to which family members are able to exercise their choice.

Objectives of this critical literature review

The primary aim of this critical review was to identify A&E staff opinion on the positive and negative effects of FPDAR. This was achieved by drawing on international studies that have investigated the attitudes and opinions of A&E staff based in primary (out-of-hospital) and secondary (in-hospital) environments of care. Specific objectives were:

- To determine A&E staff experience with, and support for this practice;
- To identify factors influencing A&E staff opinion;
- To critically review the methodological quality of existing research;
- To consider the implications for future research.

Methods

An electronic search of studies listed in ScienceDirect, CINAHL, Medline, EMBASE, psychINFO and BNI databases was conducted using the terms: resuscitation, witnessed resuscitation, family presence, relatives' presence, attitudes and opinions and accident and emergency. The search was limited to research-based publications written in English language and published between 1987 and 2007. Subsequent examination of the reference lists and previously published literature reviews assisted in the identification of additional studies. The final sample was limited to studies where researchers had investigated FPDAR, thus excluding literature relating to parental presence during paediatric resuscitation. The same principle of rejection was applied for studies where researchers had reported on family-presence during resuscitation and invasive procedures with the aim of preserving resuscitation as the focal point of this review. In addition, research articles were restricted to those that identified A&E healthcare staff based in primary or secondary care as the sample population. Where researchers had recruited family members and A&E staff, a review of the findings relating to the healthcare provider was retained.

## Findings

18 studies formed the basis of this review. A focus on family-presence during an adult resuscitation attempt was implicit in the majority of studies (n=15). The majority of researchers (n=15) adopted a quantitative survey design, employing either questionnaire as the method of data collection (n=14) or telephone interviews (n=1) and one researcher conducted a quasi-experimental study with a pre- and posttest design. Two studies were characterized by a qualitative approach to inquiry through the use of face-to-face interviews. The majority of studies (n=17) focused on the secondary (in-hospital) environment of care. Participants primarily belonged to the disciplines of nursing and medicine, although two studies had included pre-hospital emergency services personnel and four studies made explicit the inclusion of support staff. The most prevalent country where research had originated was the USA (n=8) followed by the UK (n=5).

## Discussion

From the findings of this review, it is evident that FPDAR is yet to be fully sanctioned, with fewer medical staff than nurses in favour of this practice. Moreover, A&E healthcare staff perceive both positive and negative effects and their opinion would suggest that there are more risks than benefits. This clearly has implications for clinical practice regarding the availability of FPDAR, although preparation and support for family members appears to have a role to play in converting staff views. Similarly, A&E staff opinion may be modified in favour of family-presence as a result of experience and through education and training initiatives. The need for on-going research is essential if FPDAR is to be better defined, understood, developed and endorsed from a sound evidence base. Further research in the pre-hospital setting is recommended to help identify similarities and/or differences in A&E staff opinion along a continuum of emergency resuscitative care. This is an important consideration given that FPDAR in primary care appears to be the norm, yet the findings of this review suggest that relatives are at risk of becoming separated from their loved one on entering secondary care. Future researchers are encouraged to consider the use of qualitative methods of enquiry as a way of gaining a deeper insight and understanding of FPDAR by examining the life-world of A&E healthcare staff that have experienced this situation.

This paper is based on an article submitted for publication in the Journal of Advanced Nursing.

## **BIBLIOGRAPHY:**

Axelsson AB, Zettergren M, Axelsson, C. Good and bad experiences of family presence during acute care and resuscitation. What makes the difference? *Eur J Cardio Nurs.* 2005; 4: 161-9.

Boyd R. Witnessed resuscitation by relatives. *Resuscitation.* 2000; 43: 171-6.

Carnwell R, Daly B. Strategies for the construction of a critical review of the literature. *Nurs Edu Pract.* 2001; 1: 57-63.

Doyle CJ, Post H, Burney RE, Maino J, Keefe M, Rhee KJ. Family Participation During Resuscitation: An Option. *Ann Emerg Med.* 1987; 16: 673-5.

Evans D, Pearson A. Systematic reviews: gatekeepers of nursing knowledge. *J Clin Nurs.* 2001; 10: 593-9.

Sanford M, Pugh D, Warren NA. Family presence during CPR: New decisions in the twenty-first century. *Crit Care Nurs Quart.* 2002; 25 (2): 61-6.

Walker WM. Witnessed resuscitation: A concept analysis. *Int J Nurs Stud.* 2006; 43: 377-87.

Wright B. Difficulties around family presence during resuscitation [editorial]. *Accid Emerg Nurs.* 2004; 12: 65-6.

## Mesa de comunicación 11(Español):Profesión/Gestión en enfermería

### AUTOR/ES:

Bonet Porqueras,Ricard; Moliné Pallares,Alicia; Olona Cabases,Montserrat; Gil Mateu,Elsa; Bonet Notario,Patricia; Les Morell,Ester; Bonet Porqueras,Mecedes.

### TÍTULO:

ESTADO DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE CATALUÑA RELACIONADO CON EL TURNO DE TRABAJO

### TEXTO DEL TRABAJO:

#### Introducción

A pesar de que el interés por la Calidad de vida ha existido desde hace tiempo, el concepto como tal no surge hasta finales del siglo XX. En el año 1996, durante el Foro mundial de la Salud , el grupo de trabajo Quality of Life, perteneciente a la Organización Mundial de la Salud (OMS)(1), definió la calidad de vida como "la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones". Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes. Es en estas dimensiones que engloban e integran la calidad de vida donde tiene su máxima relación con la salud.

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo en España del año 2006(2), la proporción de trabajadores que desarrollan su actividad profesional en un puesto de trabajo en turno nocturno, es el 12% de la población total activa española. Esta proporción aumenta significativamente cuando nos referimos al sector sanitario.

Diversos estudios(3,4,5,6,7,8), han demostrado que trabajar en turno de noche se asocia a diversos trastornos en la vida social y familiar, alteraciones del sueño y problemas de salud, tanto físicos como psicológicos y que tienen una incidencia directa sobre la calidad de vida.

El objetivo de nuestro trabajo es evaluar la asociación del trabajo en turno de noche con la calidad de vida y algunos trastornos de salud entre el personal de enfermería de los hospitales de la sanidad pública de Cataluña.

#### Material y método

Durante el mes de abril de 2007 realizamos un estudio transversal multicéntrico del personal de enfermería de 5 hospitales pertenecientes al Institut català de la Salut (ICS) sanidad pública de Cataluña (Hospital Joan XXIII de Tarragona, Hospital Verge de la Cinta de Tortosa, Hospital Arnau de Vilanova de Lleida, Hospital Josep Trueta de Girona y Hospital de Traumatología de la Vall d'Hebron de Barcelona) .

La muestra de estudio fue de 476 individuos de una población de 2306. El cálculo se basó en suponer la comparación menos ventajosa: trastorno de salud con una prevalencia del 34% en el turno diurno (a partir de datos de un centro sobre la prevalencia de varices entre profesionales de enfermería) y considerando significativa una diferencia >10% en el turno de noche, aceptando una potencia del 80% y un error alfa del 5%.El muestreo se realizó de la siguiente forma: se estratificó por centro de trabajo, turno, categoría profesional y servicio y se calculó el número de personas a incluir en cada servicio. Durante la recogida de datos, se solicitaba la participación de los profesionales presentes en aquel momento hasta completar el número exigido. La tasa de no participación fue muy baja (<9%). Los criterios de inclusión en el estudio fueron todo el personal de enfermería que desarrollaba su actividad en plantas de hospitalización y servicios especiales , con una permanencia continua, de un mínimo de 6 meses, en un turno fijo diurno (TD) o nocturno (TN). Los participantes aceptaron responder de forma voluntaria, libre y anónima. Se les pasó dos cuestionarios: el Cuestionario de Calidad de Vida (CCV- Ruiz y Baca, 1993) (9,10) que es un cuestionario autoadministrado, genérico, breve y de fácil utilización, compuesto por 39 ítems, que cubren 4 áreas de la percepción de la calidad de vida (satisfacción general, apoyo social, bienestar físico/psicológico y ausencia de sobrecarga laboral/tiempo libre); y otro cuestionario sobre aspectos relacionados con la salud, hábitos de sueño, datos demográficos y aspectos laborales.

La descripción de las variables continuas se ha efectuado utilizando media y desviación estándar, y la de variables categóricas mediante frecuencias absolutas y relativas. Para la comparación de grupos se ha utilizado la prueba U de Mann Whitney para variables continuas y la prueba de  $\chi^2$

para variables categóricas. El nivel de significación estadística aceptado ha sido  $p \leq 0,05$ . El análisis de los datos se ha realizado con el programa estadístico SPSS versión 12.1.

#### Resultados

La edad media de los 476 profesionales de Enfermería estudiados ha sido 41,2 años (DE:10,7) , con una distribución similar en ambos turnos. La media de años de experiencia ha sido 16,6 años (DE:9,7) y una permanencia media en el turno de 9,8 años (DE:7), no existiendo diferencias por turno de trabajo. Tampoco se han hallado diferencias por sexo, siendo la muestra mayoritariamente femenina (94%), ni por situación familiar o área de trabajo.

En cuanto al tipo de contrato, el TN presentaba una proporción inferior de personal eventual ( $p=0,05$ ). En cuanto a los motivos para trabajar en TN eran motivos familiares ( $p=0,0002$ ) y económicos ( $p=0,0001$ ), principalmente. No se han encontrado diferencias en la proporción de participantes de ambos turnos que solicitarían cambio de horario.

El número de Diplomados y Auxiliares de Enfermería también fue similar en ambos turnos.

Globalmente ambos turnos presentaron un elevado nivel de calidad de vida y ,en general, se mostraban bastante satisfechos con su bienestar físico y psicológico, y a menudo disponían de suficiente tiempo libre y ausencia de sobrecarga laboral. El TD contaba con mayor apoyo social que el TN, siendo las diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,05$ ). En el resto de apartados no mostraron diferencias significativas.

En nuestro trabajo, hallamos que los trabajadores del TN presentaban una tendencia superior estadísticamente significativa a padecer trastornos del apetito ( $p=0,01$ ). Asimismo encontramos diferencias significativas superiores en el TN en cuanto a hipercolesterolemia ( $p=0,008$ ) y varices ( $p=0,008$ ) donde el 34,5% de los trabajadores del TD las padecían frente al 46,6% del TN. No se observaron diferencias en el resto de problemas y antecedentes patológicos estudiados

Los profesionales de enfermería del TN dormían una media de 5,1 (DE: 1,2) horas la noche después de trabajar y 7,4 (DE: 1,47) horas el día de compensación, frente a las 6,9 horas (DE: 0,98) del TD, donde encontramos asociación significativa con el turno ( $p=0,0001$ ) .También presentaban una proporción más elevada de problemas de insomnio y de interrupciones del sueño, independientemente de si dormían de día (33,7%/22,3%) como si lo hacían de noche (30%/17,6%) respecto al TD (30%/17,6%). Los estudiados no mostraron asociación estadísticamente significativa con el turno laboral en cuanto a la calidad del sueño y el uso de medicación para dormir.

#### Discusión

Al igual que en otros estudios publicados, nuestra población es mayoritariamente femenina (4,5,7,11).Nuestros resultados muestran una asociación entre el trabajo en turno de noche y la afectación de la calidad de vida en la dimensión de apoyo social, aunque no en la valoración de la satisfacción global. En ello puede influir el hecho que el trabajo en turno de noche está asociado a intereses personales de tipo económico o familiar, que probablemente modulan el impacto en la calidad de vida global.

En cuanto a los hallazgos sobre la asociación del trabajo en turno de noche y diversos trastornos de salud y problemas de insomnio/calidad del sueño, nuestros resultados coinciden con los de otros autores(3,4,5,7,8).

#### Conclusiones:

Entre el personal de enfermería que trabaja en los hospitales de la sanidad pública de Cataluña, el trabajo en turno de noche se asocia a menor calidad de vida en la dimensión de apoyo social, mayor prevalencia de hipercolesterolemia, varices y trastornos alimentarios, así como una disminución de las horas dormidas , trastornos del sueño tipo insomnio y interrupciones del sueño.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Evaluación de la Calidad de Vida, Grupo WHOQOL, 1994. ¿Por qué Calidad de vida?, Grupo WHOQOL. En: Foro Mundial de la Salud, OMS, Ginebra, 1996.4. Maqueda J, Nogareda C. V
2. Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo .Revista Seguridad y salud en el Trabajo.2006; 38: 29-457.
3. Escribà, V. Horarios de trabajo: repercusiones sobre la salud. Rev ROL Enferm. 1992 sep. XV(169):61-66
4. García López, Ana. Enfermería y turno de noche: trabajar contracorriente. Infirm Ponent. 2003 feb-abr. 8:1-7
5. SIQUEIRA JUNIOR, Antônio Carlos, SIQUEIRA, Fernanda Paula Cerantola e GONCALVES, Bárbara Giséla de Oliveira Gôngora. O trabalho noturno e a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. Reme : Rev. Min. Enferm. [online]. jan. 2006, vol.10, no.1 [citado 27 Julho 2007], p.41-45. Disponible en: <[http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-27622006000100008&lng=pt&nrm=iso](http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622006000100008&lng=pt&nrm=iso)>.
6. Nogareda C, Nogareda S. Trabajo a turnos: criterios para su análisis. NTP 502. Revista del INSHT, Barcelona, 1998.
7. Ibañez I, Vilaregut A, Abio A. Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. Revista Enfermería Clínica. 2004;14(3) 142-51
8. SATSE ( Sindicato de Enfermería). Estado de salud de los profesionales de enfermería en España y su relación con el trabajo por turnos. Madrid 2004
9. Ruiz MA, Baca E. Design and Validation of the Quality of Life Questionnaire (Cuestionario de Calidad de Vida, CCV): A generic Health-Related Quality of Life. Rev. European Journal of Psychological Assessment, 1993 Vol.9 : 19-32
10. Badía X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud: guía de escalas de medición en español. Ed Barcelona: Edimac; 2002.
11. Albar MJ, et al. Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital. Revista Enfermería Clínica 2004; 14 (5):281-5

**AUTOR/ES:**

Melero Puerta, E., Velasco Fernández, D., García García, I., Vico Domingo, B.J. y Sánchez Herrera, A.J.

**TÍTULO:**

DIFERENCIAS DE SEXO ENTRE PUESTO BASE Y SUPERIOR DE ENFERMERIA EN HOSPITALES PÚBLICOS DE GRANADA.

**TEXTO DEL TRABAJO:**

## Resumen

La incorporación creciente de la mujer al trabajo remunerado nos induce a indagar sobre la existencia de similitud en la incorporación, de las mismas, a los puestos de responsabilidad.

Estudio descriptivo. Muestra de estudio: personal de enfermería de varios hospitales públicos.

La proporción de mujeres y hombres en puesto base es de 1:4, aumentando en puestos superiores 1:3. No se encuentran diferencias en las características sociodemográficas analizadas.

Se constata el hecho de un porcentaje mayor de ofrecimiento para ocupar puestos de responsabilidad a los hombres.

Palabras clave: diferencias de género, enfermería, hospitales, desempeño de cargo, desempeño de puestos de responsabilidad.

## Introducción

En los últimos años ha habido una progresiva incorporación de la mujer al mercado laboral. La tasa de actividad femenina ha crecido desde 1975, que se situaba en un 27%, en el año 2000 era del 35.5%, hasta situarse en un 45.09% en el año 2004 (1,2).

Esta incorporación de la mujer al mercado laboral ha sido en sectores productivos concretos, el sector servicios, lo que se llama segregación horizontal. Existe también una segregación vertical, los puestos superiores están ocupados por hombres en mayor proporción que mujeres; incluso, en los sectores donde ellas son mayoría (1,3).

En el Servicio Andaluz de Salud (SAS) las mujeres son mayoría (64% de la plantilla), en el personal del equipo de enfermería el porcentaje se sitúa en el 81%, de ellos 83% de las matronas y el 71% de las enfermeras. Sin embargo las mujeres que ocupan puestos directivos en la atención especializada (hospitales) es del 33% (4).

El Hospital A es un centro público, universitario fundado en 1952 e integrado en el SAS. Este hospital tiene 655 camas, y en el año 2003 tuvo una actividad de: 22694 ingresos; 187404 estancias; 152486 urgencias atendidas; la estancia media es de 7.90 días y el índice casuístico es de 1.40. El hospital B, es un hospital comarcal, inaugurado hace aproximadamente 20 años.

Este centro tiene 193 camas y los datos asistenciales del año 2003 reflejan 8755 ingresos, 46704 estancias, 77060 urgencias atendidas, 147884 consultas realizadas, una estancia media de 5.40 días y el índice casuístico es de 1.20.

## Objetivos

-Analizar la proporción de hombres y mujeres que ocupan puestos base y puestos superiores en enfermería.

-Determinar las diferencias sociodemográficas entre hombres y mujeres, en la ocupación de distintos puestos jerárquicos

## Metodología

-Estudio cuantitativo. Población de estudio: profesionales de enfermería de los distintos hospitales públicos de Granada. Criterios de inclusión: personal fijo de plantilla o interino. Muestra de estudio: la totalidad de los profesionales que ocupan puestos superiores y una muestra de los profesionales base.

-Variables de estudio: sexo, edad, número de hijos, cargas familiares (padres, suegros y otros), puesto desempeñado actualmente y tres variables relacionadas con el acceso al desempeño de puestos superiores,

-Instrumento de medida: encuesta anónima y voluntaria, incluyendo todas las variables anteriores.

-Gestión de los datos: análisis descriptivo (frecuencias, porcentaje, media y desviación típica) y bivalente (t de Student, U de Mann-Whitney), utilizando el programa informático SPSS 14.0

## Resultados

### 1.- En relación al primer objetivo

Para los cuatro hospitales públicos granadinos, la totalidad de los puestos base era de 2163, de ellos 454 eran hombres y el resto mujeres. En puestos superiores había 39 hombres y 108 mujeres. Los hombres en puestos superior representan en relación al puesto base el 7,9% de la totalidad de hombres y las mujeres en puesto superiores son un 5,9% de la totalidad de las mujeres.

De la totalidad de los profesionales que ocupan puesto base aproximadamente cuatro son mujeres y uno es hombre (4:1). Mientras que de los profesionales que ocupan puesto de responsabilidad aproximadamente tres son mujeres y uno es hombre (3:1).

### 2.- En relación al segundo objetivo

El personal de enfermería del Hospital A está constituido por 604 enfermeras/os base susceptibles de desempeñar puestos de responsabilidad, de esta población se eligió una muestra al azar de 300 personas identificadas según el puesto, se entregaron 176 cuestionarios. Supervisores había 35 se entregaron 21 cuestionarios, 3 Jefes de Bloque se entregaron 3, una Subdirectora a la cual se le entregó el cuestionario y un Director que se encontraba de vacaciones en el momento de realizar el estudio.

Se recogieron debidamente cumplimentados 125 cuestionarios, de ellos 108 de las enfermeras/os base que representa el 61% del total de los cuestionarios entregados. Del grupo de Supervisoras fueron recogidos 13 cuestionarios, representa un 62% de los cuestionarios entregados. Los tres Jefes de Bloque y la Subdirectora contestaron el cuestionario.

La muestra de 125 cuestionarios estaba constituida por 84 mujeres (67.2%) y 41 hombres (32.7%), la edad estaba comprendida entre 24 años, la persona más joven y 64 años la de más edad, la media era de 45.19 años y la desviación típica de 9.31 años.

En relación a la edad, la muestra constituida por enfermeras en puesto base, tiene una edad media de 44.93 años y la edad media de los enfermeros en igual puesto, es de 43.66 años, la diferencias entre ambos grupos no son significativas ( $p=.528$ ). Así mismo, respecto la edad de las enfermeras y enfermeros en puesto de responsabilidad no es hemos encontrado diferencias significativas (.256).

Con respecto al número de hijos, no existen diferencias (.173) entre las enfermeras en puesto base (media 1.37 hijos) y los enfermeros en puesto base (media 1.80 hijos). En el grupo de enfermeras/os en puestos de responsabilidad existen 15 personas con hijos, sin que hayamos encontrado diferencias entre la media de hijos en hombres y mujeres (2.5 y 2, respectivamente).

Respecto a la variable carga familiar, en total hay 16 enfermeras/os que señalan tener cargas familiares de personas adultas. El porcentaje de este dato es del 69% en las enfermeras (11) y 31% de los enfermeros (5). En los profesionales con puesto de responsabilidad existían 2 casos y ambas eran mujeres.

Por otro lado desempeñar un puesto superior se ofreció a 34 profesionales, de ellos 12 eran hombres lo que representa un 29.3% de los enfermeros de la muestra y 22 mujeres que representan un 26.2% de las enfermeras participantes. Sin embargo de los hombres aceptaron 3, un 25% de los enfermeros a los que se les ofreció, y de mujeres aceptaron 14, un 63.6% entre las que se les ofreció.

El motivo por el cual los hombres no aceptan un puesto de responsabilidad se debe a: motivos relacionados con la organización, 25% y el 75% restante aluden a otros motivos. Los motivos aludidos por las mujeres son: un 25% señalan la carga familiar y el 75% restante a otros motivos.

En relación al Hospital B los enfermeros/as en puesto base y potencialmente en situación de ocupar puestos de gestión, son 179. Se eligió de la totalidad de estos enfermeros/as, una muestra intencional de 50 personas. Entre los puestos directivos se encontraban: 11 Supervisores (se entregó un cuestionario a cada uno), 3 Jefes de Bloque (igualmente se entregaron tres cuestionarios) y una Directora de Enfermería, a la cual se le entregó un cuestionario.

Los cuestionarios recogidos fueron 50. De ellos 35 pertenecían a los profesionales que ocupaban puesto base, representan el 70% de los cuestionarios entregados. 11 cuestionarios pertenecientes a los Supervisores, el 100% de los cuestionarios entregados e igualmente los tres jefes de Bloque y la Directora de Enfermería entregaron el cuestionario.

La muestra estaba constituida por 33 mujeres que representan el 66% de la totalidad, el resto de hombres. La edad media era de 43.92 años, la desviación típica de 8.22 años, la edad mínima de 27 años y la edad máxima de 60 años.

En relación a la edad de las enfermeras y los enfermeros que ocupan puestos de responsabilidad no hay diferencias significativas ( $p=.397$ ). Tampoco se han detectado diferencias, respecto a la

edad, entre las enfermeras y enfermeros que ocupan puesto base ( $p=.679$ ).

En relación al número de hijos, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas ( $p=.198$ ) entre las enfermeras y los enfermeros en puestos base. En puestos de responsabilidad había 2 enfermeros con hijos, en este caso hombres.

Referente a la variable, carga familiar, existen 8 enfermeros/as que reflejan tener cargas familiares. De ellos 6 son mujeres y 2 son hombres. En puestos de responsabilidad hay dos personas con carga familiar, un hombre y una mujer.

Con respecto a la variable ofrecimiento de puesto superior, han sido 21 enfermeros/as que reflejan tal ofrecimiento. De ellos 9 eran hombres, suponen un total del 53% de la totalidad de los enfermeros de la muestra y 12 mujeres, que representan, sin embargo, el 36% de la totalidad de las enfermeras de la muestra.

De estos 21 enfermeros/as a los cuales se les ofreció un cargo, 5 no aceptaron y 16 sí lo hicieron. Entre los profesionales que aceptaron había 9 mujeres, representando un 75% de las enfermeras a las que se les ofreció. Los hombres que aceptaron fueron 9 y representan un 77.8% de los que recibieron tal ofrecimiento.

Discusión y conclusiones

En nuestro estudio se comprueba que la proporción de hombres en relación a las mujeres en puesto base se incrementa al analizarla en puestos de responsabilidad. Estos resultados reflejan la segregación vertical aludida en otros estudios(1,3).

En cuanto a las características sociodemográficas analizadas no se encuentran diferencias entre los distintos sexos que ocupan puestos directivos. Sin embargo hay que destacar que la muestra en este caso era pequeña, y es necesario ser cauteloso con los resultados obtenidos.

Señalar el hecho de que se ofrece desempeñar puestos superiores en mayor proporción a los hombres que a las mujeres. Este dato refleja el estereotipo que recoge la bibliografía al respecto del papel del hombre y la mujer en la sociedad y su traslado a la empresa (5,6,7,8,9).

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

- 1.- Santolaria E, Fernández A y Daponte A. El sector productivo. Gaceta Sanitaria 2004; 18 (1): 24-30.
- 2.-Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa, cuarto trimestre del 2004. 28-I-2005. Disponible en: <http://www.ine.es>
- 3.-Artacoz L, Escibá V y Cortés I. Género, trabajos y salud en España. Gaceta Sanitaria 2004; 18 (2): 24-35.
- 4.- S.A. Las mujeres en el SAS. Profesión y género. El SAS información 2004; 21:3.
- 5.-Germán C. Género y Enfermería. Index de Enfermería 2004; 13 (46): 7-8.
- 6.- Fajardo M E y Germán C. Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. Index de Enfermería 2004; 13 (46): 9-12.
- 7.- Chamizo C. La perspectiva de género en Enfermería. Index de Enfermería 2004; 13 (46): 40-44.
- 8.- García A M, Sains A y Botella M. La enfermería vista desde el género. Index de Enfermería 2004; 13 (46): 45-48.
- 9.- Aberdi R. La influencia del género en la evolución de la profesión enfermera en España. Metas Enfermería 1998; 2 (11): 20-26.



## Mesa de comunicación 12(Inglés):Nursing profesión and education

**AUTHOR/S:**

Antohe I, Saarikoski M.

**TITLE:**

ROMANIAN-FINNISH COMPARATIVE STUDY ON NURSE STUDENTS MENTORSHIP IN CLINICAL PRACTICE

**TEXT:****1. Objectives:**

The present study is an original research aimed to compare Romanian and Finnish nurse students' experience and satisfaction towards different models of nurse students Mentorship (Clinical Supervision) in clinical practice settings.

**2. Method:**

The study population included 109 nurse students, collected from two Finnish Polytechnics (44 students) and one Romanian University (65 students). Students responded a 52 items questionnaire (the CLES evaluation tool of Mentorship, developed and validated by Saarikoski M). The questions investigate the ward atmosphere, leadership style, the premises for the nursing process and student learning in the clinic and aspects of student-mentor relationship. The answers were quantified on a 1 to 5 scale (increasing degree of agreement with a given statement of the questionnaire). The student's satisfaction towards his/her learning in the practice placement was expressed on a 1 to 5 scale. Data were analyzed using descriptive statistics. Differences between groups were analyzed using ANOVA and cross-tabulation. The methods and content of the supervisory relationship were analyzed using Pearson correlation test. The reliability of supervisory relationship sub dimension was estimated using Cronbach's alpha coefficient (0.84).

**3. Results:**

The study found no significant differences in global nurse students' satisfaction between Finish and Romanian student samples. All students seemed to experience a high level of personal achievement during their clinical practice placements.

The most important difference between the two samples consisted in the content of the Mentorship model used. The Romanian model is group student supervision, while the Finnish model is a individualized one. However, these organizational differences did not interfere with the global students' satisfaction levels.

**4. Discussion:**

The lack of statistically significant differences in global nurse students' satisfaction between student samples can reflect a good learning environment in clinical practice in both countries or can be due to the small number of students included in the two samples.

The Romanian students experienced a high level of satisfaction, although they had a group supervision system, and their experience was related with the sense of trust they valued their mentors. For the Romanian sample a previous original research showed that the individual students' satisfaction level was higher when group supervision was done using a two mentor group system instead of the one to group model. This could explain why Romanian nurse students in the present study worshiped a trustful mentorship relation as a key factor for their learning satisfaction.

Enlarging through future studies the student respondents' sample could confirm this remark and recommend a more individualized student supervision as a solution for better students' and even teachers' satisfaction.

Key words: Mentorship, Supervision, CLES, nurse students, student learning satisfaction, atmosphere and ward culture, learning situations.

## **BIBLIOGRAPHY:**

1. Saarikoski M, Leino-Kilpi H. The clinical learning environment and supervision by staff nurses: developing the instrument. *International Journal of Nursing Studies*. 2002; 39: 259-67.
2. Saarikoski M. Clinical learning environment and supervision. Development and validation of the CLES evaluation scale. University of Turku; 2002. *Annales Universitatis Turkuensis, Ser. D* 525.
3. Smith P. The nursing process: raising the profile of emotional care in nurse training. *Journal of Advanced Nursing*. 1991; 16: 74-81.
4. Beck C T. Caring relationships between nursing students and their patients. *Nurse Educator*. 1993; 18: 28-32.
5. Crawford MJ, Dresen SE, Tschikota SE. From 'getting to know you' to 'soloing': The preceptor-student relationship. *NtResearch*. 2000; 5: 5-19.
6. Craddock E. Developing the facilitator role in the clinical areas. *Nurse Education Today*. 1993; 13: 217-24.
7. Dibert C, Goldenberg D. Preceptors' perceptions of benefits, rewards, supports and commitment to the preceptor role. *Journal of Advanced Nursing*. 1995; 21: 1144-51.
8. Ogier ME, Barnett DE. Sister/ staff nurse and the nurse learner. *Nurse Education Today*. 1986; 6: 16-22.
9. Saarikoski M, Leino-Kilpi H. Association between quality of ward nursing care and students' assessment of the ward as a clinical learning environment. *NtResearch*. 1999; 4: 467-74.
10. Antohe I, Marrow C. Developing mentorship in Europe through the Thematic European Nursing Network. The Fifth international conference of FINE, Working together for European nursing education, How to develop skills and competencies; 2004 Oct 14- 15; Sibiu; Alma Mater; 2004. p. 23-4.
11. Antohe I, Fermeşanu MC, Roşu TS. Observational comparative study on two models for nurse students mentorship in clinical practice. A The Fifth international conference of FINE, Working together for European nursing education, How to develop skills and competencies; 2004 Oct 14- 15; Sibiu; Alma Mater; 2004. p 32-3.

### **Mesa de comunicación 13(Bilingüe):Cuidados a las situaciones crónicas/Chronic care**

**AUTOR/ES:**

Fernández Leal, R; García-Pliego Córdoba, R; Atanasio Rincón, A; Gallardo Anciano, J

**TÍTULO:**

Adherencia al tratamiento antirretroviral y respuesta clínica

**TEXTO DEL TRABAJO:****JUSTIFICACION DEL ESTUDIO**

El tratamiento antirretroviral(TAR) tiene como objetivo la supresión máxima y prolongada de la carga viral, el restablecimiento o conservación de la función inmunológica, la mejora de la calidad de vida y la disminución de la morbilidad y la mortalidad relacionadas con el VIH. El TAR se ha demostrado efectivo en la consecución de estos objetivos, siempre que la adherencia sea máxima. Por tanto, ésta está directamente implicada en los siguientes aspectos:

- Reducción de carga viral y recuperación inmunológica.
- Evitar la aparición de resistencias.
- Disminución de la morbilidad y mortalidad asociadas al VIH
- Optimización de la relación coste-efectividad del TAR.

**DEFINICION ADHERENCIA**

Actitud del paciente para implicarse correctamente en la elección, inicio y control del TAR, (implicación activa en la terapia), que conduce a un correcto cumplimiento del mismo y como consecuencia conseguir un resultado adecuado.

En este estudio el porcentaje de adherencia se calcula como el cociente entre los comprimidos tomados y los comprimidos prescritos por cien, basado en el registro de dispensación:

% de adherencia =(nº de comprimidos tomados/ nº de comprimidos prescritos) x 100

Se considera falta de adherencia:

- Omisión de tomas (genera resistencias y fracaso del tratamiento).
- Reducción de la tomas o la dosis prescritas.
- No respetar la frecuencia de administración.
- Conservación adecuada de los fármacos (nevera, protección de la luz).
- Toma de fármacos contraindicados.

Factores que dificultan la adherencia:

- Tomar más de un fármaco y varias veces al día.
- Efectos adversos.
- Tratamientos prolongados.
- Pacientes asintomáticos.
- Situación psicosocial adversa del individuo con TAR.

Es importante conocer estos factores para poder orientar al paciente hacia la consecución de los objetivos.

## OBJETIVO

Estudiar la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) y relacionarla con el control virológico e inmunológico del paciente. Estudiar la posible influencia del número de especialidades farmacéuticas, el número de formas farmacéuticas/día y el número de tomas/día sobre la adherencia.

## DISEÑO DEL ESTUDIO

El control virológico se determina mediante la carga viral (CV), ésta se define como:

La medición de la cantidad de virus presente en la sangre. La carga viral del VIH también se expresa como "ARN del VIH".

La CV se determina, en el laboratorio, mediante un PCR amplificada (Cobas Amplicorâ). Se mide en log 10 (copias / ml).

Se considera CV indetectable al límite por debajo del cual no se puede detectar el virus en sangre. En nuestro caso corresponde a  $< \log_{10} -2,6$  (400 copias / ml)

El control inmunológico se determina con la medición de los Linfocitos T (CD4) en sangre (mg/ml). Se considera linfocitopenia en pacientes con TAR valores por debajo de 300mg/ml y normalizados a partir de 500mg/ml.

La relación entre CV y L CD4 es inversamente proporcional, a mayor CV menor número de CD4. Consideramos como valor de adherencia óptimo entre el 90 y 100 %, y un valor menor del 80 % mala adherencia .

## METODOS

Se trata de un estudio retrospectivo observacional en la Unidad de Dispensación de Pacientes Externos (UDPE) del Hospital la Mancha-Centro de Alcázar de San Juan en Ciudad Real. El hospital cuenta con 250 camas y abarca una población de 250.000 habitantes. La UDPE atiende a 54 pacientes en TAR

Los criterios de inclusión que determinamos para el estudio son:

- Dispensación de TAR durante 12+/- 2 meses.
- Tratamiento constante durante el tiempo de duración del estudio.

Los pacientes que excluimos del estudio son aquellos que no cumplen los criterios anteriormente mencionados. De estos 54 pacientes se incluyen en este estudio 31 y se excluyen 23.

La adherencia se obtuvo en base al registro de dispensación (programa informático Dominium v.4.3) de los últimos 14 meses.

La carga viral y recuento de CD4 se obtiene a partir de informes del Servicio de Laboratorio de Análisis Clínicos, mediante el programa Omega 2000 v.2.03. dentro de los últimos 6 meses.

## RESULTADOS

Los resultados obtenidos en el estudio son:

- Relación adherencia-carga viral:

Pacientes con adherencia >100%:16; CV detectable:5; CV indetectable:11

Pacientes con adherencia >90%:7; CV detectable:3; CV indetectable:4

Pacientes con adherencia 80-90%:5; CV detectable:1; CV indetectable:4

Pacientes con adherencia <80%:3; CV detectable:2; CV indetectable:1

- Relación nº de tomas/día-adherencia:

Pacientes con 3 tomas/día: 0;

Pacientes con 2 tomas/día: 19; adherencia media:96%

Pacientes con 1 toma/día: 12; adherencia media:104%

-Relación carga viral-CD4 cel/ul:

CV detectable: nº pacientes 11; media CD4: 177,23

CV indetectable: nº pacientes 20; media CD4: 472,4

## DISCUSIÓN

1) En nuestro estudio, los pacientes con mayor adherencia, presentan una menor CV y mejores niveles de CD4. Tener en cuenta que el registro de dispensación sobrealora la adherencia, mientras que el registro analítico es mas objetivo como demuestra la relación de la carga viral con Linfocitos CD4.

2) La intervención de enfermería en la dispensación de TAR es fundamental para realizar un mayor control y seguimiento del tratamiento, para mejorar la seguridad y adherencia, y por tanto la consecución de los objetivos.

3) Es fundamental la formación específica en este campo para enfermería, para profundizar en aquellos factores en los que podamos contribuir con el fin de mejorar, en este caso, la adherencia al TAR.

4) Para mejorar la calidad asistencial es necesario la elaboración de un plan de mejora continuado

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Codina C , Delgado O, Carmona A, Climent E, Garcia B, Ibarra O, et al. Jornadas de adherencia de los pacientes con VIH al tratamiento antirretroviral. Grupo de V.I.H. de la S.E.F.H. 2001.

2. Escobar I, Knobel H, Polo R, Ortega L, Martín-Conde MT, Casado JL. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el año 2004. 3-10

3. González-Lahoz J, Soriano V. Il curso de formación medico-continuada sobre enfermedades infecciosas VIH y SIDA. 2007 Alcandora formación. 38-39, 124-127, 204-215.

4. Muñoz-Moreno J, Fumaz CR, Ferrer MJ, Tuldra A. ¿Qué necesito saber sobre el VIH y mi tratamiento?. 1º edición, Barcelona 2004. Fundación Lluita contra el SIDA.

5. Moreno A, Muñoz V, Moreno L, Oliva J, Pérez-Elías M.J, Quereda, C, et al. Guía practica para pacientes con infección por el VIH. Hospital Ramón y Cajal. Madrid 2001.

6. Llinás M, Carballo M, Feijoo M, Gómez M.R, Ribera E. Ayudar a vivir positivamente. Hospital Universitario Vall d´Hebron. Barcelona.

**AUTOR/ES:**

Fernanda Bastos

**TÍTULO:**

PORTUGUESE DIABETES SELF-CARE SCALE

**TEXTO DEL TRABAJO:****Introduction**

Over the course of the last century globalization, demographic and epidemiological transitions had an radical impact upon health and disease patterns. Chronic diseases are the major cause of death and morbidity all over the world. The WHO(1) estimated that 86% of all deaths in European Region, in 2005, were caused by chronic diseases, and in the next 10 years 88 million of people will die with a chronic condition. An increase of a 4% of mortality rates are preview to Europe, and in the case of Diabetes a larger increase are expected, around 23% (2). An healthy diet, regular physical activity and loss of tobacco use may decrease mortality in 2% (2).

Diabetes treatment are almost self-responsibility, and enthusiasm for self-management development programms are growing. Health care planning need to include the knowing of phenomenon status like adherence, self-care and self-management, also to adjust the strategies to answer the problems. Evaluation of self-care activities included in therapeutic regimen of type-2 diabetics need to be simplified, in order to become useful to the health care practices. So reliable and valid measures of diabetes self-management becomes so important.

Objective: The objective of this study was to translate to Portuguese, adapt culturally and evaluate the psychometric proprieties of the self-care activities scale of the Portuguese version(3) - "Summary of Diabetes Self-Care Activities – SDSCA"(4).

**Participants**

The Portuguese version of the scale was applied to a sample of 103 male individuals, with an average of 60.8 years old (SD=10.8), 4.1 years of education (SD=2.1) and a mean of 7.6 years (SD=8.7) of Diabetes diagnosis.

**Methods****Scale selection Criterion:**

- 1) Being used in other populations and tested in its properties, namely, internal and test-retest reliability, validity and sensitivity to change;
- 2) Included diferents dimensions of Diabetes treatment;
- 3) Easy of understanding and to apply.

Summary of Diabetes Self-Care Activities has been widely used in the United States (5,6) and pointed like the most used scale to measure self-care in Diabetic adults (4), also used in teenagers with type1 Diabetes (7). It's a multidimensional measure of diabetes self-management with adequate internal and test-retest reliability, and evidence of validity and sensitivity to change.

Proceedings with scale: Scale was translated into portuguese by two health care providers knowing english language and back-translated, into original language, by an independent translator. To cultural adaptation we need to add and divid some itens, related to uses and typical portuguese behaviors. Comparision between the two versions was discussed an consensed by a group of four nurses and two nutritionists. The scale applied had 24 itens, included three related to smoking habits. Scale was measured in "days by week" in a number scale between 0 (worst) and 7 (best).

Scale was tested in 16 diabetics, that were not included in the study, to evaluate comprehension to the questions and their clarity. One item "carbohydrates spaced through the day" was removed because participants incomprehension of the question. Although the scale is self-report, in this case, considering low educational level of participants, was apply by an interview.

Psychometric properties were accessed using the Cronbach's Coefficient Alpha ( $\alpha$ ), inter-item correlation coefficients and the principal components analysis. In order to evaluate the sensitivity to change, the participants answered the questionnaires twice (with a two months time gap), mediated by an educational structured programme. The average of the differences, between the baseline levels of adherence and the levels after an educational intervention, was analysed using the paired test t.

## Results

### Internal reliability analysis

Like only seven of participants take insulin we chose to recode, and join itens in only one. The item "blood glucose test accord prescription" was eliminade; only sixty of participants had any recommendation made by health care providers, about frequency of test. Our option was not considering this item in this study

Self-management, like diabetes regimen, is multidimensional, so this instrumnt pretend to measure leves of self-management by dimentions. According original dimentions of scale we evaluated inter-item correlations (r) and coefficient alpha Cronbach:

General diet (2itens):  $r = 0,68$  and  $\text{Alpha} = 0,81$   
Specific Diet (9 itens):  $r = 0,09$  and  $\text{Alpha} = 0,45$   
Physical Activity (2 itens):  $r = 0,47$  and  $\text{Alpha} = 0,63$   
Foot Care (5 itens):  $r = 0,13$  and  $\text{Alpha} = 0,48$   
Medications (1 item)

Blood glucose testing (1 item)

In foot care the item "soak your feet" was not considered because total-item correlacion was negative and very low ( $r = -0,04$ ). In this way alpha higher to 0,57.

After analyse significance of correlation matrix by Bartlett's test of sphericity, we proceed with Principal Component Analysis. With an criterion of eigenvalues over 1, data reduction present eight factors, that explain 68% of total variance. After rotation Varimax each component was interpret by itens with a correlation over 0,40.

. First factor, called "General diet" is composed by 3 itens:

Healthful eating plan (0,838)  
Eating diabetic plan (0,587)  
Fruits and vegetables consume (0,568)

. Second factor, "Foot Care", (3 itens):

Check feet (0,829)  
Dry feet carefully (0,833)  
Wash feet (0,428)

The item "inspect the inside of shoes", was exclude because a lower correlation (0,291), this item presented floor effect, with lack of variability, because no one inspect shoes.

. Third factor "Check blood sugar" (0,563), and some aspects of "specific diet":

Eating bread (0,777) and alcohol consume (0,538) at principal meals.

. Fourth factor "Physical activity" (2 itens):

Continuous activity (0,777)  
Specific exercise (0,862)

. Fifth factor "medication" (0,771)

. Other factors included "specific diet" aspects grouped in:

Join carbohydrates in same meal (0,562), sweeten drinks with sugar (0,718), eat sweets (0,472)  
Red meat (0,762), consumme alchol out of meals (0,666).

Full-fat dairy products was excluded because don't correlact with others aspects of specific diet, and correlacion item-total was negative (-0,088)

Of an initial scale with a set of 21 items, there was a reduction to 17 items, after excluding those that lacked internal consistency in sub-scales. These final items were grouped in 6 dimensions and their internal consistency was measured using the Cronbach's Coefficient Alpha ( $\alpha$ ) and it ranged between  $\alpha = 0.68$  and  $\alpha = 0.36$  in sub-scales of specific diet.

The scale showed to be sensitive to the phenomenon status change, since after the educational program, the average levels of adherence were significantly higher in all dimensions, except in medication.

Discussion: The portuguese version of self-careactivities with diabetes give an higher importance to diet than other components of therapeutic regime. General diet add one more item and present an alpha of 0,68. Specific diet show to be culturaly sensible and present aspects very common in traditional portuguese meals. Alpha of (0,50) and  $r = 0,12$ , values of  $r$  lowest than in the other studies (4), but with more items. Medication present ceiling effect and low correlaction item-total (0,22), but we decide to maintain by the importance that medications had in diabetes treatment.

A good Health community plan must be knowledge based of phenomenon distribution in groups and population. Evaluate the status of adherence and self-management to a therapeutic regimen are a complex process and more complex when we pretend population group status.

The translated and adapted version, the self-care scale with Diabetes showed to be easy to apply and its internal consistency was acceptable, which allowed us to explain the self-management phenomenon by the main components of the therapeutic regimen, and also showed sensitiveness to changes.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

1 World Health Organization. The Impact of Chronic Disease in Europe. In [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/en/](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/).

2 World Health Organization. Preventing Chronic Diseases a Vital Investment. Public Health Agency of Canada. 2005.

3 BASTOS F, SEVERO M, LOPES C. Propriedades Psicométricas da Escala de Autocuidado com a Diabetes Traduzida e Adaptada. Acta Med Port 2007; 20: 11-20.

4 TOOBERT D, HAMPSON S, GLASGOW R: The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure: Results from 7 studies and a revised scale. Diabetes Care 2000;23:943-50

5 GLASGOW R, ANDERSON R: In Diabetes Care, moving from Compliance to Adherence is not enough – something entirely different is needed. Diabetes Care 1999;22:2090-3

6 RUGGIERO L, GLASGOW R, DRYFOOS J et al: Diabetes self-management: self-reported recommendations and patterns in a large population. Diabetes Care 1997;6:568-76

7 SHAFER L, GLASGOW R, MCCAUL K, DREHER M: Adherence to IDDM regimens: relationship to psychosocial variables and metabolic control. Diabetes Care 1997;6:493-8



**AUTOR/ES:**

MC Castaño Sánchez, C Rodríguez Martín, Y Castaño Sánchez, D Muñoz Jiménez, M A Custodio Sánchez, J I Recio Rodríguez, M Alonso González, L García Ortiz .  
Centro de Salud La Alamedilla de Salamanca.

**TÍTULO:**

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE HIPERTENSO. CUESTIONARIO SF-36

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**Objetivo:** Analizar la calidad de vida de los pacientes hipertensos con seguimiento en atención primaria, mediante el Cuestionario SF-36.

**Métodos:**

**Diseño:** Estudio observacional descriptivo, dentro de la fase I del estudio experimental: Evaluación de una estrategia para mejorar los estilos de vida de pacientes hipertensos en Atención Primaria de Salud.

**Ámbito:** Atención Primaria.

**Sujetos:** 101 pacientes hipertensos menores de 75 años seleccionados por muestreo aleatorio, 62 mujeres (61,4%). Edad media 64,98 (DE 9.06).

**Mediciones:** Cuestionario de salud SF-36 que valora las siguientes dimensiones: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional, Salud mental y Evolución declarada de la salud. Edad y sexo.

**Resultados:**

Escala SF-36 (rango 0-100): Función física 88,66 (11,91), Rol físico 87,37 (29,50), Dolor corporal 75,96 (22,25), Salud general 71,08 (18,55), Vitalidad 75,75 (22,30), Función social 93,19 (15,66), Rol emocional 85,85 (33,02), Salud mental 79,31 (19,37) y Evolución declarada de la salud 53,21 (21,40) valorado de forma cualitativa el 55% está en el rango de salud "más o menos igual" que el año anterior.

Sin diferencias estadísticamente significativas entre el Grupo Intervención y el Grupo Control.

En cuanto al sexo únicamente se encuentran diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) en las dimensiones función física (88,66) (mujeres 86,77 y hombres 91,66) y salud mental (79,31) (mujeres 76,04 y hombres 84,51). No obstante las dimensiones dolor corporal 75,96 (mujeres 73,24 y hombres 80,39) y vitalidad 75,75 (mujeres 72,44 y hombres 81,02) son mayores en hombres que en mujeres aunque no alcanzan significación estadística ( $p > 0,05$ ).

Se encuentra una correlación negativa discreta ( $r = -2,72$ ,  $p < 0,01$ ) entre la edad y la función física.

No existe correlación con ninguna otra dimensión.

**Conclusiones:**

Los pacientes hipertensos perciben de buena a muy buena su calidad de vida (70 puntos sobre 100). La función social es el área mejor valorada seguida del rol físico y la función física, siendo la peor valorada la salud general. Los hombres presentan la función física y la salud mental mejor que las mujeres. La edad sólo está asociada con la función física.

Para trabajar con estos pacientes es necesario conocer de qué base partimos en calidad de vida, tanto en lo relacionado con nuestra investigación como en la práctica enfermera en general.

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. L García Ortiz ,I. Santos Rodríguez , PL. Sánchez Fernández, M<sup>a</sup> C. Mora Santiago ,J Arganda Maya,M<sup>a</sup> T. Rodríguez Corral efectividad de una intervención de mejora de calidad en la reducción del riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos. Revista Española de Cardiología 2004; 57: 664-51
2. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. American Heart Association 2003. Hypertension 2003;42:1206-52.
3. Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European Journal of Cardiovascular prevention and Rehabilitation 2003, 10 (Suppl 1):S1-S78
4. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. N Engl J Med. 2001;344:3-10. 26.
5. Documento Consenso de la SEEDO, SEEN, semFYC, SEMI, SENC y Sociedad Española de Arterioesclerosis Obesidad y Riesgo Cardiovascular. 2003.
6. JoAnn E., Manson M.D., Dr.P.H., Philip Greenland M.D., Andrea Z. LaCroix Ph.D. et al Walking Compared with Vigorous Exercise for the Prevention of Cardiovascular Events in Women. New Eng Journal of M 2002; 347:716-25.
7. Varo Cenarruzabeitia J.J, Martínez Hernández J.A y Martínez González M.A. Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. Med Clin 2003;121:665-72.
8. Alonso J., Regidor E., Barrio G., Prieto L., Rodríguez C., de la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. Medicina Clínica 1998; 111: 410-6 .
9. Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris. Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. Institut Municipal d'Investigació Mèdica. Agosto 2000.

**AUTHOR/S:**

ANTOHE I, FERMESANU MC, CIMPOESU D

**TITLE:**

MOTIVES OF HEART FAILURE DECOMPENSATION IN PATIENTS WITH CARDIAC INSUFICIENCY ASSESSED FROM NURSING INTERVENTIONS PERSPECTIVE

**TEXT:****Abstract**

Heart failure is a major problem of medical care because of its increased prevalence, mortality and considerable costs.

**Study aims:** The aims of the study were to assess the main motives generating the need of a new hospital admittance in patients with known heart failure and to identify ways for more efficient interventions of nurses in assistance and education of patients with heart failure.

**Material and methods:** The study included 118 patients with previously known heart failure admitted in hospital. The interview assessed: general data (including educational and economic level), etiology of heart failure, factors of cardiac decompensation (nonadherence to diet, effort restrictions, medication and motives of noncompliance, new arrhythmias, febrile infections, thromboembolic events), degree of patient's medical education and its source (physician or nurse).

**Results and discussions:** Main motives of hospital admittance in patients with known heart failure consisted in poor patient's education concerning diet and effort restrictions, lack of knowledge regarding prescribed medication and possible precipitating factors of cardiac decompensation.

Poverty was second cause of therapeutic noncompliance. The source of patient's medical information's was mostly physicians, very rarely nurses.

**Conclusions:** Our study suggests the need for better periodic clinic outhospital evaluation of patients with heart failure. Nursing interventions should include better outpatient surveillance and specific educational programmes for these patients and their families.

**Key words:** HEART FAILURE, HOSPITAL ADMITTANCE, PRECIPITATING FACTORS, NONADHERENCE TO THERAPY, NURSING INTERVENSIONS, PATIENT EDUCATION.

**BIBLIOGRAPHY:**

- 1.Cristodorescu R, Apetrei E, Bruckner I, Câmpeanu R, Datcu MD, Gherasim L, et al. Insuficiența cardiacă. In: Colegiul Medicilor din Romania. Ghiduri de practică medicală. vol I. București: Ed. Infomedica; 1999. p. 1-40.
- 2.Lavizzo-Mourey R, Knickman R. Racial Disparities - The Need for Research and Action. N. Engl. J. Med. 2003; 349: 1379-80.
- 3.Taylor DH, Whellan DJ, Sloan FA. Effects of Admission to a Teaching Hospital on the Costs and Quality of Care for Medicare Beneficiaries. N. Engl. J. Med. 1999; 340: 293-9.
- 4.Antohe I, Fermeșanu MC. Elemente de nursing clinic. Iași: Ed. Junimea; 2003.
- 5.Casey PE. Management of Patients with Complications from Heart Disease: Heart Failure In: Sholtis Brunner L, Smith Suddarth D. Textbook of Medical-Surgical Nursing. 10-th ed. Philadelphia: JB Lippincott Company; 2004. p. 789-804.
- 6.Henley Haugh K, Reid KB. Heart Failure In: Monahan FD, Sands JK, Heighbors M, Marek JF, Green CJ. Phipp's Medical-Surgical Nursing. St. Louis: Mosby. 2007. p. 809-29.
7. American Heart Association. Heart Diseases and Stroke Statistics – 2004 Update. Dallas: AHA. 2004.
- 8.Bertoni AH. Heart Failure Prevalence, Incidence, and Mortality in the Elderly with Diabetes. Diabetes Care. 2004; 27(3): 699-703.
- 9.Bosen DM. New Strategies for Treating Patients with Heart Failure. Nursing. 2003; 33(12): 44-7.
10. Costello J, Boblin S. What Is the Experience of Men and Women with Congestive Heart Failure? Can. J. Cardiovasc. Nurs. 2004; 14(3): 9-20.
11. Deaton C, Grady KL. State of the Science for Cardiovascular Nursing Outcomes: Heart Failure, J. Cardiovasc. Nurs. 2004; 19(5): 329-38.
12. Feldman PH. A Randomized Intervention to Improve Heart Failure Outcomes in Community Based Home Health Care. Home Health Care Services Q. 2004; 23(1): 1-23.
13. Jessup M, Brozena S. Heart Failure. N. Engl. J. Med. 2003; 348: 2007-18.

**AUTHOR/S:**

Susan L. Swanlund, PhD, RN

**TITLE:**

Medication Management Processes and the Older Adult

**TEXT:**

Individuals over the age of 65 take 33% of all prescription drugs annually, with cardiovascular medications being the most widely prescribed. The middle-old (75-84) and the late-old (85+) consume more medications than the young old (65-74). Problems associated with medication management in the growing population of community-dwelling older adults are well documented.

**Objective:** The purpose of this qualitative study was to identify situations or variables that promote successful medication management as perceived by middle-old and late-old community-dwelling older adults.

**Method:** The sample of 27 subjects was recruited from two independent-living retirement facilities in a small community of the midwestern United States. Each subject met the following inclusion criteria: (a) community-dwelling over the age of 74 (b) taking at least three prescription medications daily, at least one of which was a cardiovascular medication, and (c) able to give informed consent in the English language. Guided by naturalistic inquiry, semi-structured interviews were conducted. Subjects were asked about their medication-taking processes and were encouraged to identify situations or variables that helped or hindered them in this process. Interviews continued until repeating salient variables emerged and saturation of qualitative data occurred. Interviews were audio-taped. Demographic data was collected.

**Findings:** Inductive analysis of typed transcriptions and field notes from the interviews led to the formation of seven helpful strategies and five hindering situations. The most frequently cited helpful strategies were simplification procedures, the use of routine activities as memory aids, establishment of visual and tactile cues, and knowledge about the medications. The most frequently mentioned hindering situations were decreased mental and sensory alertness, being out-of-routine, and not feeling well due to illness or injury. Some participants used the helpful strategies as single influencing factors, while others described overlapping or combined methods to be successful with medication management.

**Discussion:** This study has important implications for nursing practice and education. Nurses can devise assessment and interventional practices from almost every helpful strategy and hindering situation identified in this study to promote or maintain the health of older adults. The findings from this study provided new nursing knowledge about medication management processes in community-dwelling older adults.

## Mesa de comunicación 14 (Español) Cuidados en situaciones de dolor y muerte

### AUTOR/ES:

Joaquín Tomás-Sábado y Amor Aradilla Herrero  
Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat

### TÍTULO:

Ansiedad, autoestima y actitudes ante la muerte en estudiantes de enfermería

### TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción

El afrontamiento por parte del profesional de enfermería de las situaciones de sufrimiento y muerte de sus pacientes, plantea la necesidad de proporcionar una preparación específica en este campo y de conocer cuáles son las variables emocionales individuales que intervienen en sus actitudes ante la muerte [1]. Es evidente que los rasgos de personalidad, las experiencias previas y el estado emocional, en cuanto que condicionan las prioridades vitales y establecen la concepción personal del significado de la vida y de la muerte, están estrechamente relacionados con la intensidad y naturaleza de los miedos y ansiedades que se desarrollan ante la visión o cercanía de la muerte de otra persona, en especial cuando se interviene de forma directa, como es el caso de las enfermeras que cuidan a pacientes moribundos y a sus familias [2].

En las últimas décadas, numerosos estudios han constatado la influencia de la autoestima en el bienestar psicosocial, señalando su importancia como recurso personal capaz de reducir los efectos potencialmente negativos de los eventos vitales estresantes [3]. Según Harmon-Jones et al. [4], la autoestima actúa como un protector contra la ansiedad, sobre todo contra la ansiedad ante la muerte. Los individuos con autoestima alta muestran una disminución de sus reacciones depresivas, pensamientos suicidas y tensión. Asimismo, la alta autoestima se relaciona con un aumento en el rendimiento laboral y también con mejores resultados académicos.

El objetivo de este trabajo fue estudiar, en una muestra de estudiantes de enfermería sin experiencia clínica, las relaciones de sus miedos y actitudes ante la muerte con su ansiedad general y su autoestima. De forma específica, se pretende contrastar la hipótesis de que una adecuada autoestima del estudiante contribuirá de forma significativa a minimizar tanto su ansiedad ante la muerte como su ansiedad general

Método

Sujetos. Participaron en el estudio 82 estudiantes de enfermería de primer curso, 68 mujeres y 14 hombres, de una escuela de enfermería de la provincia de Barcelona, con una edad media de 22,09 (DT = 5,58) y un rango de 18 a 41 años.

Instrumentos. Los sujetos respondieron a un cuestionario anónimo autoadministrado que contenía, además de los datos sobre sexo y edad, las formas españolas de las siguientes escalas de medida:

- Inventario de Ansiedad ante la Muerte (Death Anxiety Inventory = DAI) [5], en su versión revisada [6]. El DAI-R consta de 17 ítems con formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos (total desacuerdo, moderado desacuerdo, ni acuerdo ni desacuerdo, moderado acuerdo y total acuerdo) que puntúan todos ellos desde 1 para total desacuerdo hasta 5 para total acuerdo, de manera que las posibles puntuaciones totales fluctúan entre 17 y 85, correspondiendo las puntuaciones más altas a superiores niveles de ansiedad ante la muerte. Los estudios empíricos realizados con el DAI-R han identificado en la escala cuatro factores significativos, que se han considerado componentes diferenciales de la ansiedad ante la muerte y se han denominado: Aceptación de la muerte; Generadores externos de ansiedad ante la muerte; Finalidad de la muerte; y Pensamientos sobre la muerte.

- Escala de Ansiedad de la Universidad de Kuwait (Kuwait University Anxiety Scale = KUAS) [7], en su adaptación española [8]. La KUAS contiene 20 ítems con formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos, de 1: Raramente, hasta 4: Siempre, con un rango de posibles puntuaciones totales entre 20 y 80, correspondiendo las puntuaciones más altas a mayores niveles de ansiedad.
- Forma española [9] de la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester (Collett-Lester Fear of Death Scale = CLFDS) [10]. Esta escala consta de cuatro subescalas: Miedo a la propia muerte, Miedo al propio proceso de morir, Miedo a la muerte de otros y Miedo al proceso de morir de otros, con cuatro ítems para cada una de las subescalas.
- Traducción española de la Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-esteem Scale = RSES) [11]. La RSES es un cuestionario que consta de 10 preguntas con un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos, desde total desacuerdo a total acuerdo. Cinco de los ítems puntúan en sentido positivo, de 1 para el total desacuerdo a 4 para el total acuerdo (ítems 1, 3, 4, 7 y 10), mientras que los otros cinco ítems puntúan en sentido negativo, de 4 para el total desacuerdo a 1 para el total acuerdo (ítems 2, 5, 6, 8 y 9), de manera que las posibles puntuaciones totales presentan un rango de 10 a 40, siendo la puntuación 10 la de más baja autoestima y la de 40 la de la más alta.

Procedimiento. El estudio se ajustó a un diseño observacional, transversal, correlacional. Los estudiantes respondieron al cuestionario de forma colectiva, en sus propias aulas de clase. Previamente fueron informados que la participación era voluntaria y se garantizó el anonimato y la confidencialidad. Para la tabulación y análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 14.0 para Windows, calculándose medias, desviaciones típicas y coeficientes de correlación de Pearson.

#### Resultados

Se obtuvieron correlaciones negativas y significativas entre la Escala de Autoestima (RSES) y la ansiedad general ( $p < 0,01$ ), ansiedad ante la muerte ( $p < 0,01$ ), miedo a la muerte propia ( $p < 0,01$ ) y miedo a la muerte de otros ( $p < 0,05$ ). Por otro lado, las puntuaciones en ansiedad general correlacionaron positiva y significativamente con el miedo a la muerte propia ( $p < 0,05$ ), miedo a la muerte de otros ( $p < 0,01$ ) y ansiedad ante la muerte ( $p < 0,01$ )

#### Discusión

Los resultados obtenidos ponen en evidencia la importancia de la autoestima como elemento modulador de la ansiedad general y la ansiedad ante la muerte en los estudiantes de enfermería. Los estudiantes que manifiestan una alta autoestima presentan niveles inferiores de ansiedad general y ansiedad ante la muerte, de manera que podemos considerar confirmada nuestra hipótesis de partida, en cuanto a la consideración de la autoestima percibida como elemento regulador.

Los aspectos relacionados con la muerte y el proceso de morir constituyen una de las causas principales del estrés laboral que experimentan los profesionales de enfermería [12], planteando la necesidad del desarrollo en nuestro país de una línea de investigación enfermera dedicada al estudio de las actitudes ante la muerte [13]. Está demostrado que la educación sobre la muerte y la formación en cuidados paliativos son herramientas muy eficaces en la reducción de los niveles de ansiedad ante la muerte, en lograr una actitud más positiva hacia los ancianos y los enfermos terminales y en mejorar la eficiencia en el trato con el enfermo y su familia [14].

Estos resultados pueden contribuir a la consideración de que las intervenciones educativas dirigidas a facilitar la elaboración de estrategias de afrontamiento, en estudiantes y profesionales de enfermería, de situaciones de muerte y de pérdida, deben considerar de forma prioritaria los aspectos personales y emocionales y la propia salud mental del individuo.

**BIBLIOGRAFÍA:**

- [1] Tomás-Sábado J, Aradilla A. Educación sobre la muerte en estudiantes de enfermería: eficacia de la metodología experiencial. *Enferm Científica*. 2001; (234-235): 65-72.
- [2] Tomás-Sábado J, Guix E. Ansiedad ante la muerte: efectos de un curso de formación en enfermeras y auxiliares de enfermería. *Enferm Clín*. 2001; 11: 104-9.
- [3] Lin N, Ensel WM. Life Stress and Health: Stressors and Resources. *Amer Sociol Rev*. 1989; 54: 382-99.
- [4] Harmon-Jones E, Simon L, Greenberg J, Pyszczynski T, Solomon S, McGregor H. Terror management theory and self-esteem: Evidence that increased self-esteem reduces morality salience effects. *J Per Soc Psychol*. 1997; 72: 24-36.
- [5] Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Construction and validation of the Death Anxiety Inventory. *Eur J Psychol Assess*. 2005; 21: 108-14.
- [6] Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J, Limonero JT. (2005). The Death Anxiety Inventory: A revision. *Psychol Rep*. 2005; 97: 793-6.
- [7] Abdel-Khalek AM. (2000). The Kuwait University Anxiety Scale: Psychometric properties. *Psychol Rep*. 2000; 87: 478-92.
- [8] Abdel-Khalek AM., Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Psychometric parameters of the Spanish version of the Kuwait University Anxiety Scale (S-KUAS). *Eur J Psychol Assess*. 2004; 20: 349-57.
- [9] Tomás-Sábado J, Limonero JT, Abdel-Khalek AM. (2007). Spanish adaptation of the Collett-Lester Fear of Death Scale. *Death Stud*. 2007; 31: 249-60.
- [10] Lester D. (1990). The Collett-Lester Fear of Death Scale: The original version and a revision. *Death Stud*. 1990; 14: 451-68.
- [11] Rosenberg M. Society and the adolescent self image. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1965.
- [12] Tomás-Sábado J, Fernández, L. Estrés laboral en los profesionales de enfermería hospitalarios. *Metas*. 2002; V: 6-12.
- [13] Tomás-Sábado J. La medida de la ansiedad ante la muerte en profesionales de enfermería. *Enferm Científica*. 2002; (246-247): 42-7.
- [14] Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Re*

**AUTOR/ES:**

MARÍA MARTA GONZÁLEZ SÁNCHEZ

**TÍTULO:**

CREENCIAS SOBRE LA MUERTE, DE LAS MUJERES MAYORES EN DOS CONTEXTOS URBANOS

**TEXTO DEL TRABAJO:**

"Recuerde el alma dormida, avive el seso y despierte contemplando, cómo se pasa la vida, cómo se viene la muerte, tan callando" J. Manrique. Este trabajo de investigación intenta conocer las creencias que sobre la muerte, aparecen en los discursos de las mujeres mayores que viven en una institución cerrada y de las mujeres mayores que acuden a pasar la tarde a un centro parroquial de una misma ciudad. Usaremos para el estudio la definición que aparece en el Diccionario de Sociología de Salvador Giner del término creencia, entendiendo como tal "un estado de adhesión firme e indudable, una convicción que se funda no sobre un saber lógico y sujeto a verificación, sino sobre un sentimiento que reconoce el carácter práctico de una acción o el valor absoluto de unos principios. Como la opinión o el saber (Kant) constituye una experiencia humana presente en todo tipo de actividad, en toda cultura y en todo tiempo". Las enfermeras, para poder dar unos cuidados adecuados necesitamos conocer las creencias, que sobre la muerte, tienen las personas "sujetos" de nuestros cuidados, la búsqueda de estas creencias es el objetivo de este trabajo de investigación. En este trabajo se intenta reflejar los discursos de las mujeres sobre sus convicciones fundadas sobre sentimientos firmes e indudables sobre la muerte, sus creencias. La investigación social y cualitativa es mucho más difícil que otro tipo de investigación a la que estaba acostumbrada, una investigación en la que la persona que informa puede tener menos problemas a la hora de informar a la persona investigadora sobre sus intereses. Investigar las creencias, de las mujeres, resultó una tarea complicada ya que pertenecen al mundo íntimo de las personas, hacer explícito ese mundo les costaba mucho, en realidad cuesta mucho a todas las personas. Sus creencias y actitudes sobre la muerte son difíciles de investigar, ya que no les gusta hablar del tema a la mayoría de las mujeres, sí que hablan de sus seres queridos muertos, y mucho, pero su propia muerte, cómo les gustaría que fuera, qué esperan del futuro son temas de difícil visualización. Después de mucho tiempo acudiendo al campo de investigación aparecen comentarios más íntimos y personales sobre la muerte. Sus discursos están catalogados en creencias que dejan visualizar sentimientos positivos, de aceptación, de esperanza o sentimientos negativos de rechazo. Los -objetivos- planteados en esta investigación son los siguientes: -Analizar las creencias sobre la muerte, de un grupo de mujeres mayores que viven en una institución cerrada. -Analizar las creencias sobre la muerte, de un grupo de mujeres mayores que acuden habitualmente a un centro parroquial. -Análisis e interpretación de sus discursos. Métodos utilizados: es una -investigación cualitativa- realizada entre el -30/11/2001 y el 24/3/2003-, utilizando como -técnicas de investigación cualitativas- la observación participante, entrevistas abiertas y cerradas y el grupo de discusión. La -unidad de observación- son mujeres de un centro parroquial urbano y mujeres residentes en una institución cerrada urbana. El -muestreo- utilizado fue el estructural, buscando aquellas personas que aportan un discurso que permite, con rigor metodológico, realizar la representación de la diversidad de matices socio-estructurales del objeto (sujeto) de estudio (23). La -entrada en el campo- la realizo como enfermera voluntaria, ayudando en la cafetería, impartiendo charlas, midiendo la tensión arterial, aplicando masajes. Dicha entrada fue facilitada y autorizada previamente por el sacerdote de la parroquia y el director de la institución cerrada. El -registro de los datos- se realizó en dos dimensiones, una global mediante atención flotante, relatos, lenguaje no verbal, registro audiovisual e historia oral sobre la comunidad y otra específica mediante la focalización realizando entrevistas y encuestas, los datos se registraron utilizando un diario de campo, una grabadora y una máquina fotográfica. Se solicitaron las autorizaciones necesarias para llevar a cabo la investigación al párroco, al director de la institución cerrada, al grupo de mujeres en general y a cada mujer que colaboraba en la investigación, en particular.



Las personas -informantes- fueron, en el centro parroquial mujeres que colaboraban en diferentes tareas en el centro y mujeres socias/clientes. En la institución cerrada informaron el director del centro y algunas residentes. Las -categorías- utilizadas en la investigación fueron demográficas, económicas y elementos que conforman sus creencias sobre la muerte. Finalmente se realizó la organización de la información, el análisis de los discursos y estadística básica para algunas variables cuantitativas. Resultados: En la investigación participaron 52 mujeres no institucionalizadas que acudían a un centro parroquial, con edades comprendidas entre 60 y 93 con una edad media de 76 años y cinco mujeres institucionalizadas las cuales eran todas mayores de 78 años. A continuación aparecen los diferentes perfiles investigados, el demográfico, el económico y el perfil de sus creencias. -Perfil demográfico- común su condición de viudas, proceden de zonas rurales y viven solas la mayoría de las del centro, proceden del barrio de pescadores, donde está ubicada la residencia, las institucionalizadas. -Perfil económico- común los recursos económicos bajos, pensión de viuda o pensión por haber realizado trabajos no cualificados. -Perfil creencias- el catálogo de sus discursos sobre la muerte, visualiza sentimientos positivos, de aceptación, de esperanza o sentimientos negativos de rechazo y miedo. Discursos sobre la muerte en el centro parroquial "No quiero pensar en ella pero ya estoy un poco cansada, y son muchos años, tengo miedo, cuando marcha mi hermano y mi cuñada, a estar tirada en el suelo sin que pueda avisar a alguien, necesito saber que alguien me va a llamar de vez en cuando para saber que estoy bien, tengo dinero para ir a una buena residencia si me pongo enferma o muere mi cuñada, yo no podría cuidar a mi hermano pero prefiero no pensar en ello" (R) "no quiero que mi marido me lleve al otro mundo, ya tendré tiempo de estar con él ¡con el mal genio que tenía!"(J) "desde que murió mi marido hice cosas que nunca había hecho, es como tener otra vida" (P) "ir a una residencia es como esperar la muerte" "no quiero pensar en la muerte pero son muchos años" (A 87). Discurso de una mujer que acudía al centro y que tuvo que ingresar en una residencia con 62 años "antes de morir me gustaría ver a mis hijos colocados" "sé que voy a morir, mi familia tiene muchos problemas y no puede cuidarme, aquí estoy muy contenta, me cuidan bien". En la -residencia- aparecen los siguientes discursos: "No tengo miedo a morir si me muero en la cama, si me muero durmiendo ¡qué felicidad! en la cama no tengo dolores, bendito el que inventó la cama (I) "es un viaje al paraíso, sin dolores", (I) "reunirse con sus seres queridos, su hijo y su marido" (S). A lo largo de la investigación surgían momentos idóneos para que las mujeres expresasen sus creencias sobre la muerte, ya que algunas veces compartí su dolor por la muerte de seres queridos. El siguiente discurso sobre la muerte lo realiza I. que estaba disgustada "hoy se ha muerto una amiga, la había atropellado un coche a la puerta de su domicilio, había estado unos días ingresada, pero estaba reventada por dentro, hoy ha muerto, vivía con su hermana, ahora quedó sola, yo la vi muy tranquila parecía drogada" (I). Los siguientes discursos los realiza S. en relación a la muerte de su marido y de su hijo "R.(su marido) mucho tardas en venir a buscarme", "ahora ya no me queda nada por lo que vivir, no tengo miedo a morir, al contrario quiero morirme, nada en esta vida me importa, ni merece la pena y el dolor de la muerte de R.(su marido) y sobre todo el dolor de la muerte de mi hijo no me deja vivir". Le pregunto si no tiene miedo a morir, y me contesta que sólo tiene miedo al dolor "cuando me da el problema de corazón tengo mucho dolor, me tienen que dar morfina para que se me pase, es horrible". También refiere "no quiero compartir los sentimientos sobre la muerte con mi nieta y nuera, no quiero que sufran porque yo sufra".S. comenta "yo nunca comento a mi nuera ni a nietos el dolor que siento por la muerte de mi hijo, para no preocuparlos ni que se disgusten", "fíjate con lo felices que eran, le había tocado la lotería y se habían comprado un piso, mi hijo pudo verlo antes de morir, murió de cáncer de pulmón, el piso es muy grande para mi nuera sola, nunca se casó", "ya tengo 83 años, cómo pasa el tiempo y sigo aquí a pesar de tantas enfermedades, varias veces, cuando me da el dolor, creyeron en la residencia que ya no salía, me venía a atender la ambulancia y antes de llevarme al hospital intentaban reanimarme en la ambulancia, pero no podían, tenían que ingresarme, y C. (la antigua jefa de la residencia) decía a mis compañeras que estaba muy enferma que de ésta no salía y mira, aquí estoy" (S.) "no quiero ver la casa donde viví, aunque está cerca de la residencia, allí nació mi hijo, allí crecí, me casé, allí murieron las personas que me criaron, en mis brazos". El director de la residencia comenta, en la entrevista realizada, la existencia de la enfermería, una habitación para que mueran las personas residentes, no mueren en su habitación habitual con su compañera, "es para evitar a las demás un sufrimiento innecesario, la vida tiene que seguir".

El director refiere que la doctora les recomendó juntar a las mujeres más enfermas, para que no se deprimiesen las demás. Una de las residentes que cree que de la muerte es mejor no hablar, refiere: “no vemos morir a nadie, no vemos cajas ni féretros, no quiero hablar de la muerte” (A). Las creencias de las mujeres del centro parroquial difieren de las de la residencia. En uno de los grupos de discusión en el centro parroquial, aparece la siguiente reflexión sobre la relación entre residencias y muerte “en las residencias están esperando la muerte, están alrededor de una mesa, como tontas, les deben dar algo, abusan de los tranquilizantes, tampoco quieren que las visitemos, es gente rara, muy suya, no hacen nada ni ven la TV”(L).Las informaciones recibidas de las mujeres aumentaron con el paso del tiempo y la confianza entre nosotras. A continuación, uno de los discursos sobre la muerte, de una de las residentes, “al entierro de mi marido, vino muchísima gente, yo no podía darme cuenta en ese momento, pero luego me lo contaron y lo vi en los periódicos, era muy querido” (A.) -Discusión- Existen menos dificultades para hablar de la muerte de sus seres queridos que de su propia muerte. Sobre todo para las mujeres de la residencia, la muerte, consisten en un descanso, una etapa inevitable, fin del dolor físico y psíquico, un paraíso, una separación y en las mujeres religiosas un encuentro con los seres queridos. Las mujeres del centro creían que era algo inevitable, una reunión con los seres queridos fallecidos y no reflejaban tanta angustia, como las mujeres de la residencia, incluso bromeaban. Las mujeres de la residencia la creían más próxima que las del centro, aunque ambas la conocían de cerca. Actitudes de aceptación, rechazo y miedo. Las que parecen aceptar el hecho de la muerte, comentan el deseo de una muerte concreta. Otras refieren sus miedos a morir sola, en una residencia, con dolores, ese miedo las lleva a huir de las conversaciones sobre enfermedades y la muerte. En la residencia mueren en una habitación especial, la mayoría con el personal de la misma, rara vez hacen referencia a esa habitación. La creencia sobre la muerte unida al ingreso en una residencia está muy difundida en el centro parroquial. -Práctica profesional-Conocer las creencias y actitudes hacia la muerte de nuestras mujeres mayores es una parte muy importante de nuestro trabajo en la práctica diaria como enfermeras comunitarias responsables de elaborar un plan de cuidados adaptado a nuestra población, supone gran dificultad ya que tenemos que dedicar tiempo y mostrar una actitud de escucha activa y sin prisas para poder conocer su esfera de creencias y actitudes.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Aguirre Baztán A. Etnografía. Barcelona: Marcombo;1995
2. Allen FR. Single Women / Family Ties. California: Sage;1989
3. Arber S. Relación entre género y envejecimiento. Madrid: Ediciones Narcea;1996
4. Arenas M. Las personas mayores de Avilés. Avilés: Excmo. Ayuntamiento de Avilés;1995
5. Ballesteros S. Gerontología un saber multidisciplinar. Madrid: Universitas;2004
6. Bott E. Familia y Red Social. Madrid: Taurus Humanidades;1990
7. Brubaker T. Family relationships in later life. New York: Sage P;1990
8. Buxó MJ. Antropología de la mujer. Barcelona: Editorial Anthropos;1998
9. Claval P. Geografía humana y económica contemporánea. Madrid: Akal;1987
10. Comelles J. Enfermedad, cultura y sociedad. Madrid: Ediciones de la Universidad Complutense;1993
11. Delgado M. El animal público. Barcelona: Anagrama;1999
12. Díaz, A. Etnografía y Técnicas de investigación antropológica. Madrid: UNED;2003
13. Fercgla J. Envejecer. Una antropología de la ancianidad. Barcelona: Anthropos;1992
14. Gándara J. Envejecer en Soledad. Madrid: Editorial Popular;1995
15. Giner S, Espinosa. Diccionario de sociología. Madrid: Alianza Editorial SA;1998.p.811
16. Guzmán A. La Parroquia de San Lorenzo de Gijón. Gijón: Parroquia San Lorenzo;1996
17. INSALUD. Programa de Atención a las Personas Mayores. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;1999
18. Nielsen MJ. Sex and Gender in Society. USA: Waveland;1990
19. Milroy L. Language and social networks. New York: Basil Blackwell Inc;1980
20. Myerhoff B. Remember lives. U.S.A.: University of Michigan;1992
21. San Román T. Vejez y cultura. Barcelona: Fundación Caja de Pensiones;1989
22. Segalen M. Antropología histórica de la familia, Madrid: Taurus;1996
23. Monografía en cinta de Moebio No. 14. Revista de Epistemología, Julio Mejía, redactor. Perspectivas de la Investigación Social de Segundo Orden. Chile: Universidad de Chile-Facultad de Ciencias Sociales; Septiembre 2002. Disponible en <http://www.moebio.uchile.cl/14/frames05.htm>

**AUTOR/ES:**

M<sup>o</sup> Ena Barroso Pérez  
Verónica Sánchez Martino

**TÍTULO:**

Una mirada etnográfica al dolor desde el contexto hospitalario

**TEXTO DEL TRABAJO:****Objetivos**

-Analizar la influencia de factores sociales y culturales en la vivencia y afrontamiento del dolor crónico por parte de los pacientes atendidos en la unidad del dolor del HRC.

**Métodos utilizados**

La orientación metodológica de este estudio es cualitativa y de tipo etnográfico, con la utilización de las técnicas propias de este enfoque y otras auxiliares (cuestionarios):

**-Observación participante:**

Esta técnica de producción de datos se utilizó por las posibilidades que ofrece de acercamiento a las conductas, comportamientos, actitudes y significados en la interacción de los pacientes con el personal sanitario y el contexto hospitalario en general .

-Cuestionarios a pacientes con el fin de recabar los datos sociales sobre los mismos, de los que carecíamos de forma casi absoluta , y aquellas otras informaciones que nos han permitido realizar el muestreo oportuno de las entrevistas en profundidad

**-Entrevistas en profundidad**

Se han realizado entrevistas abiertas a pacientes, y semidirigidas en el caso de personal sanitario, orientadas a recabar el discurso de los actores acerca de las representaciones , los cambios que ha introducido el dolor en sus vidas , la interpretación del dolor y las estrategias de afrontamiento del mismo, entre otros temas .

**Diseño y ámbito de estudio**

Estudio etnográfico. El estudio se llevó a cabo en el Área Sanitaria 4 de la Comunidad de Madrid entre Junio de 2006 y Junio de 2007. A esta área pertenece el Hospital Ramon y Cajal(HRC) .

Durante los meses de Enero y Febrero se realizaron algunas sesiones de observación participante en el Hospital Gregorio Marañón en aras de generar un mínimo marco comparativo.

Dentro del HRC nos centramos en la Unidad del Dolor, ya que es en esta unidad donde se aborda específicamente el tratamiento del dolor crónico y la investigación sobre el mismo.

Como ámbitos geográficos principales dentro de la misma hay que señalar las consultas de los doctores y la sala de espera.

Como ámbito social se ha observado la interacción médico-paciente en el interior de las consultas, la psicóloga y los pacientes y familiares en la sala de espera.

Por otra parte señalar que la mayor parte de las entrevistas realizadas a pacientes han tenido lugar en los domicilios de los mismos.

**Población de estudio**

Para nuestro estudio trabajamos con pacientes aquejados de dolor crónico atendidos en la UD , ámbito que nos proporciona la suficiente amplitud y diversidad en la muestra, completada con la comparación con la UD del Hospital Gregorio Marañón(HGM), la cual presenta algunos elementos diferenciales, como contar con una sala llamada "Clínica del Dolor" donde se aplican distintos tratamientos a varios pacientes simultáneamente, algo que no existe en la UD del HRC. La unidad del dolor del HRC atiende en la actualidad a unos 2000 casos al año ,siendo los grupos de edad más frecuentes entre los 40-50 años en determinados tipos de dolencias, y entre los 65-80 años en otras dolencias.

En general la incidencia de procesos crónicos de dolor es muy superior en las mujeres que en los hombres, dándose una proporción aproximada de 70% de mujeres y un 30% de hombres atendidos..

Dadas las características de la Observación Participante la muestra de pacientes observados en consultas, salas de espera y clínica del dolor (HGM) es aleatoria, aunque orientada a la diversidad. En los casos de entrevistas los criterios de diversidad se establecen en función a:

-Género: la proporción de hombres y mujeres estudiados ha sido similar a la que existe en la unidad.

-Tiempo de padecimiento: sujetos que padecen dolor crónico de forma reciente y por otro lado con pacientes con muchos años de padecimiento. A través de los cuestionarios y entrevistas en profundidad percibimos la influencia del tiempo de padecimiento en el afrontamiento del dolor crónico, de ahí la importancia de este criterio.

-Distintos diagnósticos, diferenciando especialmente entre aquellos que señalan patologías que tienen un origen biológico conocido de aquellas que no lo tienen.

#### Desarrollo

Se realizó durante 6 meses observación participante en las consultas de la Unidad del Dolor del HRC y dos meses de Observación en la Unidad del Dolor del HGM. Se realizaron cuestionarios al 25% de los pacientes atendidos por la Unidad del Dolor en consultas externas en el periodo 2000-2006 y entrevistas a 20 de ellos, seleccionados en función a los datos recabados según el cuestionario anterior y cerrándose la muestra según el criterio de saturación de datos. También se entrevistó a otros actores implicados (doctores, psicóloga y miembros de asociaciones).

Los datos cualitativos recabados se analizaron mediante fichas analíticas emergiendo los siguientes bloques temáticos: Organización de la Unidad; Ritual Terapéutico; Procesos de enfermedad; Relación con el tratamiento medicamentoso; Condiciones de vida y afrontamiento de la enfermedad; Papel de la observadora en el campo.

#### Palabras clave:

Dolor Crónico, Ritual Terapéutico, Diagnóstico, Afrontamiento, Construcción del Dolor

#### Resultados

Se registra un fuerte porcentaje de pacientes que sienten no haber tenido el suficiente apoyo por parte del sistema sanitario a la hora de afrontar su dolencia, relacionado con los pacientes que han tenido más dificultades para conseguir un diagnóstico a su enfermedad. En los casos de largos periodos de búsqueda de diagnóstico y "peregrinar" entre los distintos servicios, los pacientes perciben este hecho como causante de malestar psicológico derivado de la relación con el sistema de salud y agravado en algunos casos por la atribución de las dolencias a causas no estrictamente biológicas. En este sentido el diagnóstico figura como punto de partida a una segunda fase en la aceptación de la enfermedad y el dolor.

Afectación de la vida personal (especialmente en los ámbitos familiar y laboral) y de la red social, que se manifiesta en diferentes formas, entre ellas el conflicto con las expectativas propias y las del entorno social. Conflictos personales y sociales frecuentes en el caso de mujeres en cuanto al rol de cuidadoras que pasan a necesitar del cuidado, lo que dificulta el afrontamiento de la enfermedad. Señalar que además de ser las mujeres las más afectadas por los procesos dolorosos, conforme aumenta el tiempo de padecimiento también crece el porcentaje de mujeres y aumenta la desigualdad con respecto al de hombres, es decir, si en el periodo de 2 a 5 años de dolor encontramos 48% mujeres frente a 52% hombres, en el de más de 20 años de dolor encontramos 77% mujeres frente a 23% de hombres, según los datos recabados en los cuestionarios a pacientes de la UD del HRC.

Demandas de los pacientes en relación con: la escucha y comunicación con los facultativos y personal sanitario, la continuidad en ser atendidos por un mismo doctor y disponibilidad de acceso rápido al servicio, cuya carencia se relaciona con angustia y falta de control sobre la propia dolencia.

Interpretación de la relación entre el trabajo, las dolencias anteriores y la falta de cuidados (personales y sanitarios) con las causas del dolor. Cambio en la relación con el propio cuerpo y con el entorno.

Se recogen estrategias de afrontamiento del dolor por parte de los pacientes, dependientes y cambiantes sobretodo del tiempo de padecimiento y también de la relación con el sistema sanitario, frecuentemente relacionada con el tipo de patología. Dentro de estas estrategias de afrontamiento

también se han observado distintas estrategias en la interacción con los médicos en aras de conseguir una mejor atención o un diagnóstico.

#### Discusión

La discusión que abre este estudio en relación con su aplicación clínica es la de los efectos que la relación con el sistema sanitario tiene sobre la interpretación de su dolor que hace el paciente y, por consiguiente, con el afrontamiento del mismo. En este sentido es necesario señalar la importancia de la búsqueda de un diagnóstico en esa historia y la crisis que produce la ausencia del mismo. Las consecuencias sanitarias, sociales y personales de la ausencia de diagnóstico en los casos en que el dolor es sentido como incapacitante presentan problemas a la función sanitaria.

En los procesos de dolor crónico se pone de manifiesto una readaptación identitaria paralela a las necesidades/conflictos psicológicos y sociales que conlleva la situación de padecimiento. Es necesario señalar la función de la intervención psicológica - como elemento dependiente de la atención médica - que, sin embargo, viene a cumplir un importante papel en cuanto a la satisfacción de las demandas de los pacientes de escucha y explicación del dolor, en cierto modo facilitando el empoderamiento del paciente en el afrontamiento del padecimiento y sujeta a un esquema de relación menos asimétrico. Los criterios de derivación a psicología y su relación con la expresividad del dolor nos parecen temas importantes de discusión, aunque este estudio no haya podido analizar esta cuestión con la exhaustividad que requiere, al igual que el de la derivación a servicios de psiquiatría y psicología en los casos en que no existen pruebas médicas que expliquen el dolor.

En cuanto a la práctica clínica consideramos que el conocimiento, no solo desde el ámbito de la enfermedad, sino también desde el ámbito del malestar es necesario para conseguir una atención integral ante un padecimiento con marcados componentes psicosociales como es del dolor crónico.

Proyecto financiado por la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Ramón y Cajal, código 125/06

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

- Atkinson, P. y Coffey, A. (2003) "Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación". Editorial Universidad de Antioquia.
- Auge, M. (2003) "El oficio del antropólogo. Sentido y libertad". Barcelona. Editorial Gedisa.
- Bourdieu, P., Chamboredon, J-C., Passeron, J-C. (1974) "El oficio del sociólogo". Buenos Aires. Editorial Siglo XXI
- Bourdieu, P. (2003) "Cuestiones de Sociología". Madrid. Ediciones Istmo
- Cleries, X. (2006). "La comunicación. Una competencia esencial para los profesionales de la salud" Barcelona. Editorial Masson
- Del Valle, T. (ed) (2000) "Perspectivas feministas desde la Antropología Social". Barcelona. Editorial Ariel
- De Miguel, M. (1980) "Introducción al campo de la antropología médica" en Michael Kenny y J. De Miguel (eds), La antropología Médica en España, Barcelona, Anagrama pp.11-40
- Foucault, M. (1990) "La vida de los hombres infames" Madrid, Ediciones de la Piqueta
- "El nacimiento de la clínica" (1966) Buenos Aires. Siglo XXI Editores.
- Le Breton, D. (2006) "Antropología del cuerpo y la modernidad". Buenos Aires, Editorial Nueva Vision. "La Sociología del cuerpo" (2002) Buenos Aires, Editorial Nueva Visión.
- Perdigueró, E. y Comelles, J.M. (eds) (2000) "Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina". Barcelona. Editorial Bellaterra
- Kleiman, A.M. (1980) "Patients and Healers in the Context of Culture" Berkeley, University of California Press
- Scheper-Hughes, N. (1997) "La muerte sin llanto" Barcelona. Editorial Ariel

**AUTOR/ES:**

Pastor Montero S\* , Vacas Jaén AG\*, Rodríguez Tirado MB\*, Macías Bedoya JM\*\*, Pozo Pérez F\*\*. \*Enfermera. Hospital de Montilla (Córdoba). Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir. \*\*Matrona. Hospital de Montilla (Córdoba). Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir.

**TÍTULO:**

Experiencias y vivencias de los padres y profesionales ante la pérdida perinatal

**TEXTO DEL TRABAJO:****INTRODUCCIÓN**

El presente estudio pretende conocer y analizar las experiencias de los padres que han sufrido una pérdida perinatal y de los profesionales implicados en sus cuidados. En nuestro estudio la pérdida perinatal incluye el aborto espontáneo, el parto de un feto muerto y el fallecimiento de un recién nacido dentro de los primeros 28 días de vida.

La pérdida perinatal es una experiencia dura de vivir. Después de sufrir la pérdida, los padres pasan por un período denominado duelo. El trabajo de duelo es un personal y costoso camino interior.

Nos hemos planteado este trabajo para identificar las características de los padres que han sufrido una pérdida en el embarazo, además de conocer las actitudes y puntos de vista del equipo asistencial. Abordar la muerte y el duelo perinatal es sin duda una tarea delicada y todo un reto.

Por ello es importante conocer y comprender el significado de la experiencia de la pérdida para los padres y como afrontan los profesionales estas situaciones como paso previo para poder establecer intervenciones efectivas y apropiadas.

Objetivos: 1) Describir las respuestas humanas de los padres que han sufrido una pérdida perinatal respecto a la experiencia vivida. 2) Identificar las necesidades de información, de atención sanitaria y social expresadas por los padres. 3) Describir las intervenciones de los profesionales implicados en la atención a estas situaciones. 4) Identificar las necesidades de formación de los profesionales implicados en la atención a estas situaciones.

**METODOLOGÍA**

Se trata de un estudio cualitativo de tipo fenomenológico, desarrollado en el Área Materno Infantil del Hospital de Montilla (Córdoba). Los participantes son por un lado los padres que han sufrido una pérdida perinatal a partir de las doce semanas de gestación, que no tengan antecedentes de enfermedades psiquiátricas o alteraciones psicológicas y por otro los profesionales del Área Materno Infantil que hayan asistido algún caso de pérdida perinatal de dicho hospital. La selección de los participantes se ha realizado mediante un muestreo intencional, haciendo especial hincapié en la representatividad de los estadíos en los que se produce la pérdida perinatal y la diversidad de los profesionales del equipo asistencial. El número de participantes vendrá determinado por el criterio de saturación de la información. Se contempla una muestra de 20 padres y 30 profesionales. Desde la puesta en marcha del estudio, a comienzos del 2007, se han entrevistado y analizado los datos de 11 padres y 10 profesionales. Se ha contactado con los distintos enfermeros de enlace de las Zonas Básicas de Salud quienes nos han servido de porteros para facilitar el primer contacto con los padres. En cuanto a las consideraciones éticas, se ha solicitado en el caso de los padres un consentimiento firmado y en el caso de los profesionales un consentimiento oral, informándoles previamente sobre los objetivos del estudio; en ambos casos la colaboración de los participantes ha sido de forma voluntaria y anónima. La recogida de datos se ha realizado usando las entrevistas semiestructuradas elaboradas a partir de categorías referidas a los padres y a los distintos profesionales, las notas de campo y la observación participante en los entornos en los que se produce la pérdida perinatal. El análisis de la información recogida ha sido efectuado por el equipo investigador y se ha llevado a cabo siguiendo los pasos propuestos por Giorgi (1999). Para dicho análisis se ha utilizado el soporte informático NUDIST VIVO.

## RESULTADOS

### A. Referidas a los padres

- Significado y vivencias de la pérdida perinatal: La mayor parte de los padres perciben el aborto y el parto de un feto muerto como una pérdida real. Procesar la pérdida supone un impacto importante sobre la vida de estos padres.
- Experiencia en las diferentes etapas y valoración de la asistencia recibida: Destaca el hecho de que muchos padres hubieran cambiado su opinión durante el proceso de parto y puerperio, en cuanto a ver, tocar y coger a su recién nacido, igualmente en cuanto al tema de crear un paquetillo de recuerdos con fotografías, huellas de pie y mano, mechón de pelo o brazalete de identificación; si se hubieran encontrado profesionales preparados que les hubieran informado sobre estas cuestiones y sus efectos para favorecer la elaboración del duelo. En general la atención recibida es bien valorada, pero reconocen aspectos a mejorar por parte de los profesionales, sobre todo en habilidades de comunicación y en la atención emocional.
- Experiencia en la elaboración del duelo: En los padres se identifican emociones diversas, sentimientos de culpa, tristeza, impotencia, rabia, resignación; aspectos que van cambiando según avanza el proceso de duelo, existiendo una desincronía entre los miembros de la pareja.
- Necesidades de información y valoración de la información recibida: Existe un gran desconocimiento del proceso de duelo, la búsqueda en Internet solo se limita a conocer las causas de la pérdida. Les hubiera gustado recibir información sobre recursos de apoyo, como por ejemplo, sitios web, grupos de apoyo, asesoramiento y material para leer sobre la pérdida perinatal. Este aspecto constituye una demanda de los padres que manifiestan un cierto desinterés de los sistemas sanitario y social.
- Impacto en el entorno: Los diferentes participantes del estudio ponen de manifiesto que el impacto de la pérdida en el entorno familiar y social está en concordancia con las semanas de gestación.

### B. Referidas a los profesionales

- Conocimientos sobre el tema: Los diferentes profesionales son conscientes de la poca información y formación curricular que poseen sobre la pérdida perinatal. En este sentido demandan formación sobre el duelo perinatal y sugerencias para acompañar a los padres en estas situaciones.
- La práctica asistencial: En el estudio se hace evidente la falta de estrategias y de recursos de los profesionales para afrontar estas situaciones y dar respuesta a las demandas particulares de los padres. El episodio asistencial se vive de manera distinta según sea la categoría profesional. Los problemas y dificultades que pueden afectar a la calidad de los cuidados están relacionados con el desconocimiento de las peculiaridades de los padres que han sufrido una pérdida en el embarazo. En el estudio se manifiestan diferentes reacciones en cuanto a darles tiempo a los padres para despedirse y tener recuerdos de su bebé. Desconocen que en otros centros tienen instaurados programas de ayuda que abordan estas cuestiones.
- Percepción y sentimientos frente a la pérdida perinatal: Destaca la impotencia emocional en casi todos los profesionales. Existe una relación significativa entre la ansiedad que les supone el proceso y las semanas de gestación. La mayoría se sienten poco preparados y no poseer destrezas para atender los aspectos emocionales de los padres. Por ello ponen en marcha diferentes mecanismos, actitudes y comportamientos en la vivencia de estas situaciones.

Estas pueden ser las posibles limitaciones del estudio: 1) No se han recogido datos de los padres inmigrantes por los problemas de comunicación relacionados con el idioma (rumano y árabe). 2) Debido a la imposibilidad de los padres para conciliar la vida laboral y familiar, la mayoría de las entrevistas han sido realizadas a las madres, por encontrarse en situación de desempleo y/o baja maternal.



## DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto tres aspectos esenciales para padres y profesionales: se visualiza el duelo perinatal como un duelo no reconocido, es un proceso solitario y desconocido; se identifican un conjunto de necesidades que no se atienden ni se abordan adecuadamente, posiblemente porque existe un déficit en el soporte emocional y falta de conocimientos y se precisa de una guía de actuación multidisciplinar enfocada a mejorar la calidad de los cuidados personalizados.

Diversos estudios anglosajones contemplan el gran impacto emocional que tiene la pérdida perinatal en los padres y en su entorno, ofreciendo evidencias sobre las formas de apoyo ofrecidas a los padres.

Coincidimos con Gálvez y Salido (2002) en que no hay datos empíricos que hablen de la realidad española sobre la pérdida perinatal, tampoco de la experiencia de los padres y profesionales españoles, tan solo hemos encontrado un conjunto de documentos y artículos de prensa donde se hacen algunas recomendaciones de lo que los profesionales sanitarios deberían hacer respecto al tratamiento de la pérdida perinatal.

Igual que Cordero (2004), encontramos que es necesario integrar guías que orienten las intervenciones de los profesionales, sin olvidar estar atentos a nuevas evidencias que surjan de otros estudios.

## IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA ENFERMERA

Incorporar la perspectiva de los padres y profesionales, profundizando en sus experiencias, aporta una información muy útil para fundamentar mejor una serie de estrategias ante la pérdida perinatal adecuadas a nuestro ámbito de trabajo y aumenta la sensibilización de los profesionales. Igualmente es necesario el diseño de nuevos proyectos de investigación que evalúen las intervenciones de los profesionales para favorecer la elaboración del duelo perinatal.

Estudio financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en la convocatoria del año 2006 (proyecto nº 0130).

## BIBLIOGRAFÍA:

- Concejo Sánchez S, del Álamo Bastidas G, Martín Díaz I, Martín Jiménez E, Poza Bustamante L, Romero Ponce B et al. Programa de salud en atención primaria para la atención del duelo por la pérdida de un hijo en el período perinatal. *Matronas Prof* 2002; 12 (10): 17-24.
- Alvarado García R. Muerte perinatal y el proceso de duelo. *Acta Pediatr Mex (Mex)* 2003;24(5): 304-311.
- Martín Rodrigo R. La capacidad sanante del duelo. *Sal terrae (Barc)* 1997; 155-158.
- Hughes P, Turton P, Hopper E, Evans CD. Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. *Lancet (England)* 2002; 360 (13): 114-118.
- Hughes P, Riches S. Psychological aspects of perinatal loss. *Curr Opin Obstet Gynecol (England)* 2003; 15(2): 107-111.
- Wilson Ruth E. Parents' support of their children after a miscarriage or perinatal death. *Early Human Development* 2001;61: 55-65.
- Bartellas E, Van Aerde J. Bereavement support for women and their families after stillbirth. *J obstet Gynaecol (Can)* 2003; 25(2): 131-138.
- Samuelsson M, Radestad I, Segesten K. A waste of life: fathers' experience of losing a child before birth. *Birth (United States)* 2001; 28(2): 124-130
- Gálvez Toro A, Salido Moreno MP. Los discursos de la muerte perinatal y las prácticas sociales en las instituciones de salud: Un estudio preliminar sobre la muerte perinatal y la práctica asistencial. (Trabajo académico). *Antropología social y cultural*. Universidad de Granada. 2001- 2002.
- Cordero MA, Palacios P, Mena P, Medina L. Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido. *Rev chil pediatr (Chile)* 2004; 75 (1): 67-74.
- Giorgi A. The theory, practice, and evaluation of phenomenological methods as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*. 1999; 28(2):235-240.

## Mesa de comunicación 15 (Inglés) Children Healthcare

### AUTHORS

*F atemeh Ahmadi, Katayon Esmaeili, Mahdi Esmaeili, Homayon Esmaeili*  
**Kermanshah medical University & blood Bank**

**TITLE: The Study of Respiratory Distress System in Neonatal Hospitalize in Kermanshah city in Iran**

### TEXT:

Respiratory Distress Syndrome (RDS) is a common cause of neonatal hospitalization in Motazedey hospital in Kermanshah city in the west of Iran.

**Material and Method:** It was descriptive study .census sampling was used .Data gathered by using a questionnaire, which had two sections. The first section contained demographic data, such as (sex, fetal age, weight, delivery type, and mortality). The second part contained most common causes of (RDS) in samples. Reliability and Validity of questionnaire were measured. The SPSS software was used for data collection. We used descriptive statistics (mean, average, and deviation) and other Test such as Z-Test for data analyze.

In one year, from Sep 2002 since Sep 2003, among 7273 alive borne neonatal, 337 cases (4.6 %) have

Been discharged, because of their parents' dissatisfaction to hospitalization, so they omitted from our study. Finally, study was done on 312 samples.

Regarding that our study was retrospective. We obtain the information from neonatal documentation files.

**Results:** results showed that, 56.4 % of samples were male, 50.3% of samples were borne by cesarean section and 49.7 % by normal vaginal delivery. 74 % were premature. 69.8 % had low birth weight and

1 % (3 cases) had high birth weight. 57.7 % of samples were discharged with good general status and, 42.3 % were died.

The most common causes of (RDS) in samples were: Hiallen Membrane Diseases (HMD) in 56.4 % , 16 % from samples with Transient Tachypena of Neonatal , 10.3 % with Asphyxia , 6.4 % Aspiration , 5.4 % Sepsis , 2.6 % Phonomonia , 1.6 % Phenomotorax , 1.3 % Heart failure or Congenital Heart Diseases .

There was a significant relation between (RDS) in Neonatal and some variables, such as sex ( $\alpha = 0/05$ ), prematurity ( $\alpha = 0/05$ ), low birth weight ( $\alpha = 0/05$ ), but the other variables like delivery type, has had no efficacy in rate of (RDS).

We suggested to exact prevention and in cases of respiratory distress syndrome, useful and on time treatment. And also using expert and alert nursing team.

**AUTHOR/S:**

Dr. Beverley Temple

**TITLE:**

Factors associated with Mothers' Protection of their Children from Environmental Tobacco Smoke

**TEXT:**

Background: Children's exposure to environmental tobacco smoke (ETS) is known to have adverse health effects, yet 200,000 Canadian children are still being exposed to tobacco smoke in their homes every day. Numerous population-based studies have described the health consequences of children being exposed to ETS. The WHO et al. (1999) produced a position statement concluding the following conditions are produced or exacerbated by ETS: sudden infant death syndrome (SIDS); respiratory tract infections such as tonsillitis, bronchitis, and pneumonia; asthma symptoms; and middle ear disease. The literature has identified many factors related to smoking patterns in the home and where children are more likely to be exposed to ETS (Irvine, et al., 1997; Merom & Rissel, 2001). Demographic areas include level of education, age, income and occupation, marital status, crowding in the home and ethnicity. ETS exposure appears to be highest when a parent is young, single, has a lower level of education and a lower paying job. Ethnicity studies have provided a mixture of results depending upon the country in which the research took place. In Canada there are higher percentages of aboriginal children living in households with ETS exposure (CICH, 2000). Smoking patterns in the home are based on complex relationships within the household with smoking parents creating the majority of the smoke in the home. In Canada 85% of children living with a daily smoker are exposed to ETS (CICH, 2000). There have been some studies which do indicate however that different family situations contribute to changes in ETS exposure of children. Mothers may reduce their smoking when they are pregnant or someone who is pregnant is living in the home, if there is an infant in the home, if the mothers have a greater knowledge of the effects of the ETS on their child or if the child is ill (Groner et al., 2000). If family relationships are more positive, mothers are more likely to be able to restrict smoking in the home (Bottorff, Kalaw, Johnson, Stewart, & Greaves, 2005). There appear to be fewer restrictions in the home when there is an increased number of relatives and friends who smoke. The concept of self-efficacy has been demonstrated to be important related to successful parenting behaviours, including adapting to the parenting role and caring for ill children (Bandura, 1997; Reece, 1992). Mothers' self-efficacy in asking others not to smoke has been associated with a reduced ETS exposure of their children (Crone et al., 2003). Self-efficacy has been identified as an important concept in relation to health care behaviours. In summary, providing a smoke free environment is a complex process and cannot be thought of as a single health behaviour affected by single influences or factors. The primary purpose of this study was to examine these many factors that have been identified to influence in some way ETS exposure of children in the home.

Theoretical underpinnings: A synthesized model of influencing factors was developed from the literature to guide the factors measured in this study. The concept of self-efficacy is also a concept important in this study. The third theoretical consideration was the decision making of mothers when protecting their children from ETS. In smoking cessation literature, the Transtheoretical Model has often been used to identify the decision making process or stage theory used to provide greater understanding of readiness to change (Prochaska & Prochaska, 1999). The Transtheoretical Model has not been used however to explain behaviour for protection of another person. The Precaution Adoption Process Model (PAP) is a stage theory that emphasizes that people at different points in a decision making process behave qualitatively differently (Weinstein & Sandman, 1992). The PAP emphasizes

the beliefs and intentions that eventually lead to action. The outcome variable used in this study adapted the stages of the PAP to be specific for the decision making about protecting their children. To measure the stage of the Precaution Adoption Process (PAP) a self-report item was used in which respondents were asked to identify which of five statements best represented their current decision making about providing a smoke free environment (PSFE). The response choices were: 1) "I haven't given it much thought," 2) "I have decided I don't need to do anything," 3) "I am planning to reduce my child's exposure to environmental tobacco smoke within the next 6 months," 4) "I have started to reduce my child's exposure to environmental tobacco smoke," and lastly, 5) "I have decided to always provide a smoke free environment for my child." The second outcome variable was the actual provision of a smoke free environment. Providing a Smoke Free Environment (PSFE), was measured using a summative index which was developed to indicate how often the four places, frequently populated by children, were smoke free: the home, the family vehicle(s), other people's vehicles, and homes frequently visited. The four response choices for each item were "never," "some of the time," "most of the time," and "always." The items were totalled to provide a score ranging from 0-12, with 0 indicating "never" PSFE and twelve "always" PSFE.

**Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted to identify factors associated with whether mothers/primary care givers provide a smoke free environment for their children and the stage the mothers/primary care givers were in, in relation to their decision to adopt the precaution of asking other people not to smoke around their children. Data were collected from 551 surveys sent home with kindergarten children through 30 kindergarten classrooms in two Canadian prairie city school divisions. Mothers or primary care givers completed the survey. The survey tool consisted of 52 questions - divided into household information, health status, personal smoking status, thoughts about smoking, smoke free environments, and demographics.

**Findings:** The sample consisted of mainly mothers with an average age of 33 years. Individuals who identified themselves as primary care givers other than mothers (n= 32) were mainly grandparents. All mothers or primary care givers ranged in age from 28-59 years. The number of children living in households ranged from one to six (M=2.4). Two hundred and ninety-seven (53.9%) of the families had two children. Eighty percent of the sample reported living with a partner. Only 10.5% of participants reported having less than a high school education. Those who had completed high school comprised 17.1% of the sample and the most frequent category was completion of community college (26.3%). Another 16.7% of the sample had a completed university degree. The majority of the sample (55.5%) identified their main activity of the last twelve months as working at a job outside the home. There were also many mothers/primary care givers (32.7%) who identified their main activity as raising a family. In the bivariate analysis, significant factors associated with PSFE included education of the mother, number of friends and family who smoke, living with a partner, being a stay at home mother and being a nonsmoker. The strongest predictor in the multivariate logistic regression was the mother's/primary care giver's self-efficacy related to PSFE. When mothers/primary care givers had high self-efficacy scores they were more likely to PSFE, regardless of smoking status. One surprising finding was that when other variables were controlled for, having a higher education was less likely to be associated with always PSFE. Being in an advanced stage of the precaution adoption process, "deciding to always provide a smoke free environment," was least likely when mothers/primary care givers had more friends and family who smoke, a lower self-efficacy, and a lower knowledge level of the effects of environmental tobacco smoke. The relationship between those participants who always PSFE and chose the highest stage of the PAP was 90%. However, 46% of those who did not actually PSFE also chose the highest stage of the PAP, indicating that they had decided that they wanted to protect their children from environmental tobacco smoke but the action of PSFE was not yet accomplished. There is a disconnect between making the decision to protect and the actual provision of the smoke free environment.

**Discussion:** The findings from this study expand our understanding of factors associated with mothers/primary care givers who do not always PSFE for their children. The results generally speak to the complexity of the behaviours within the home and the truly social context of smoking

**BIBLIOGRAPHY:**

- Bandura, A. Self-efficacy. The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
- Bottoff J, Kalaw C, Johnson J, Stewart M, Greaves, L. Tobacco use in intimate spaces: Issues in the study of couple dynamics. *Qual Health Res*, 2005 15(4): 564-577.
- Canadian Institute of Child Health. The health of Canada's children. 3rd ed. Ottawa: Author; 2000.
- Crone M, Reijneveld S, Willemsen M, Hirasing R. Parental education on passive smoking in infancy does work. *Eur J Public Health*. 2003 13: 269-274.
- Groner J, Ahijevych K, Grossman L, Rich L. The impact of a brief intervention on maternal smoking behavior. *Pediatrics*. 2000 105(1): 267-271.
- Irvine L, Crombie I, Clark R, Slane P, Goodman K, Feyerabend C, et al. (1997). What determines levels of passive smoking in children with asthma? *Thorax*, 1997 52: 766-769.
- Kohler E, Sollich V, Schuster R, Thal W. Passive smoke exposure in infants and children with respiratory tract diseases. *Hum Exp Toxicol*. 1999 18(4): 212-217.
- Merom D, Rissel C. Factors associated with smoke-free homes in NSW: Results from the 1998 NSW health survey. *Aust N Z J Public Health*, 2001 25(4): 339-346.
- Poland B, Frohlich K, Haines R, Mykhalovskiy E, Rock M, Sparks R. The social context of smoking: The next frontier in tobacco control? *Tob Control*. 2006 15:59-63.
- Prochaska JO, Prochaska J.M. Why don't continents move? Why don't people change? *J Psycho Integration*. 1999 9(1): 83-102.
- Reece S. The parent expectations survey: A measure of perceived self-efficacy. *Clin Nurs Res*. 1992 1(4): 336-346.
- Weinstein N, Sandman P. A model of the precaution adoption process: Evidence from home radon testing. *Health Psychol*. 1992 17(5):445-453.
- World Health Organization, Department of Noncommunicable Disease, Tobacco Free Initiative. International consultation on environmental tobacco smoke (ETS) and child health. Geneva, Switzerland: World Health Organization. NCD/tfi/ets/99.2, 1999.

**AUTOR/ES:**

M<sup>a</sup>.T. Lluch Canut, E. García-Grau, J. Gómez Benito

**TÍTULO:**

Fiabilidad y validez del Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) en una muestra de población general

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**Introducción:**

La promoción y la prevención de la salud mental empiezan a considerarse como temas prioritarios en el diseño de las políticas sanitarias de organismos como, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Unión Europea (UE). Sin embargo, las revisiones bibliográficas constatan que existe un déficit importante de modelos conceptuales y de instrumentos de evaluación en el ámbito de la vertiente positiva de la salud mental. Por ello, desde hace algunos años estamos trabajando en la construcción y validación de un cuestionario de salud mental positiva y en la configuración del modelo conceptual que lo sustenta. Los resultados han aportado valores psicométricos favorables. Sin embargo, los estudios anteriores (Lluch 2002, 2003) se realizaron utilizando muestras de estudiantes y, por tanto, es necesario ampliar la capacidad de generalización de los resultados en muestras más amplias y heterogéneas.

El objetivo del presente estudio ha sido el de verificar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) elaborado por Lluch (2000, 2003) en población general. De forma específica, se ha estudiado la fiabilidad del CSM+ (consistencia interna y estabilidad temporal) y la validez (de criterio y de constructo).

**Método:**

La muestra ha estado formada por 581 sujetos (el 46,6% fueron hombres y el 53,4% mujeres) pertenecientes a la población general y con una media de edad de 32 años.

El Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) contiene 39 ítems estructurados en 5 factores: Satisfacción Personal (F1), Habilidades de Relación Interpersonal y Actitud Prosocial (F2), Autonomía (F3), Autocontrol (F4), Resolución de Problemas y Autoactualización (F5).

La consistencia interna se ha analizado mediante el alpha de Cronbach y la estabilidad temporal mediante la correlación test-retest. Para la validez de criterio se ha analizado la correlación del CSM+ con otros dos cuestionarios: GHQ-12 de Goldberg (Goldberg y Williams, 1996) y WHOQOL-BREEF de la OMS, versión española (Lucas, 1998). Para la validez de constructo se ha aplicado un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) con el método de Factores Principales, Rotación Oblimin.

**Resultados:**

El índice de fiabilidad global del CSM+ es de .88 y por factores se obtienen valores alpha que oscilan entre .72 del factor F4 y .79 del factor F1. El AFE explica el 41,47% de la varianza total. La correlación del CSM+ con los dos cuestionarios planteados resulta estadísticamente significativa a un nivel de 0,01 % mostrando una  $r=.43$  con el GHQ-12 y una  $r=.54$  con el WHOQOL.

**Discusión:**

Los resultados psicométricos obtenidos en población general continúan siendo favorables. Sin embargo serán necesarios nuevos estudios en muestras más amplias y heterogéneas para poder establecer valores normativos que nos permitan acercarnos a la construcción cada vez más sólida de un instrumento para evaluar la salud mental positiva. De forma complementaria, los análisis han de servir para reforzar la explicación de un modelo multifactorial del constructo salud mental positiva. Las implicaciones de este estudio en la práctica están vinculadas a la generación y reforzamiento de modelos e instrumentos de evaluación en el ámbito de la promoción y el bienestar mental, adquiriendo una especial relevancia para los profesionales de enfermería ya que permite disponer de un marco conceptual y métrico para desarrollar intervenciones de promoción de la salud mental en los cuidados de enfermería.

**BIBLIOGRAFÍA:**

European Commission, Health and Consumer Protection Directorate-General. The state of mental health in the European Union. Luxembourg: European Communities, 2004. Disponible en: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2001/monitoring/fp\\_monitoring\\_2001\\_frep\\_06\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_06_en.pdf)

Fábregas J, García-Grau E. Técnicas de autocontrol. Madrid: Alhambra Longman, 1995.

Duckworth AL, Steen, T.A. y Seligman, MEP Positive psychology in clinical practice. Annu. Rev. Clin. Psychol., 2005; 1:629-651.

Jané-Llopis E, Anderson P. Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories. Luxembourg: European Communities, 2006. [Disponible en [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2004/action1/docs/action1\\_2004\\_a02\\_30\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action1/docs/action1_2004_a02_30_en.pdf) ]

Lluch MT. Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. Salud Mental, 2002; 42-55.

Lluch MT. Construcción y análisis psicométrico de un cuestionario para evaluar la salud mental positiva. Psicología Conductual, 61-78.

**AUTHOR/S:**

Valmi D. Sousa, Maria L. Zanetti, Jaclene A. Zauszniewski, Isabel A. C. Mendes, Michelle O. Daguano

**TITLE:**

Further Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Depressive Cognition Scale

**TEXT:**

**Objective:** Having an empirically valid and reliable instrument that measures cognitive symptoms of depression in Brazilian with diabetes is more likely to stimulate further research and might be useful as a clinical tool to screen individuals with depressive symptoms. This information is critical in treating these patients earlier in order to reduce their risk for the development of clinical depression. To that end, the purpose of this study is to examine the psychometric properties of the Portuguese version of the DCS (Escala Cognitiva de Depressão [ECD]) in Brazilian adults with diabetes mellitus. **Methods:** A methodological design was used to evaluate the validity and reliability of the ECD in a sample of Brazilian adults with Diabetes Mellitus from Southern Brazil. Data were collected from August to November, 2006. The measures consisted of a demographic questionnaire developed by the researchers, the ECD, and the Portuguese version of the Beck Inventory of Depression (Inventário de Depressão Beck [IDB]). Data were analyzed with descriptive statistics, factor analysis, Pearson's correlation, and item analysis. **Findings:** Only one dimension underlay the items of the ECD, a single extract factor explained 56.73% of the items variance of the scale. Factor loadings were between .60 and .82. The ECD Total Score was positively correlated with the IDB Total Score ( $r = .24, p < .05$ ). The overall estimate of reliability of the ECD was Cronbach's alpha = .88. All inter-item correlations and the majority of item-to-total score correlations were between  $r = .30$  and  $r = .70$ . **Discussion:** Findings from this study provide further evidence of the validity and reliability of the Portuguese version of the DCS in measuring depressive symptoms in this sample of Brazilian adults with diabetes mellitus. The scale has met the recommended criteria for construct validity, internal consistency, and homogeneity. Larger studies to continue testing the psychometric of the ECD is warranted. The scale may become a useful clinical tool to identify Portuguese speaking people with diabetes who are at risk for the development of clinical depression.

**Key Words:** Psychometrics; Diabetes Mellitus; Factor Analysis; Depressive Cognitive Scale; Depression.



**AUTOR/ES:**

Marlene Bueno Gonçalves  
Márcia Barbieri  
Maria Cristina gabrielloni

**TÍTULO:**

Construcción y validación del material educativo en la prevención del cáncer cérvico-uterino

**TEXTO DEL TRABAJO:**

El cancer del cuello del utero es el mas comun entre las mujeres del mundo con cerca de 471 mil nuevos casos. En Brasil se estima que sea la tercer neoplasia maligna mas comun entre las mujeres, habiendo la necesidad de la concientizacion por medio de la educacion en salud.

Objetivos: Construir y validar material educativo con orientaciones paso a paso sobre la importancia de la realizacion del examen del papanicolaou para las usuarias de servicios publicos de salud de la ciudad de Sao Paulo/Brasil.

Metodo - Trata de la investigacion descriptiva, exploratoria y observacional que tiene como objetivo construir un folleto con orientaciones para la prevencion del cancer cervico-uterino para mujeres, teniendo como referencial teorico la educacion de los adultos. Su elaboracion fue realizada conjuntamente con las mujeres, utilizando lenguaje y dibujos de facil comprension. Fue evaluado por ocho profesionales especialistas en el area. Realizadas las modificaciones sugeridas fue reproducido y validado por 100 usuarios de unidades basicas de la salud de la ciudad de Sao Paulo/Brasil.

Resultados: Los resultados de la validacion divulgan que las mujeres habian considerado el texto interesante con frases de facil comprension (94,1%), las ilustraciones simples que habian facilitado la comprension del texto (93,1%). La gran mayoria ha tenido el interes en leer el folleto hasta el final lo que las hizo repensar en su salud. Las mujeres expresaron la buena calidad del material, verbalizando el interes en llevarlo a la casa.

Conclusion: El material educativo construido y validado para colaborar con el aumento del conocimiento de las mujeres que atienden a las unidades de salud para someterse al examen del papanicolaou y contribuir para el reclutamiento de la poblacion para la realizacion deste examen simple y imprescindible para la prevencion del cancer cervico-uterino.

**BIBLIOGRAFÍA :**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. [on line]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2005. Disponível em URL: <http://www.inca.gov.br/cancer/epidemiologia.htm>.
2. Doak CC, Doak LG, Root JH. Teaching Patients with low literacy skills. 2ed. Philadelphia: JB. Lippincott, 1996.
3. Zimmerman M, Newton N, Frumin L, Wittet S. Developing health and family planning materials for low-literate audience: a guide. Washington (DC): PATH; 1996. 64p.
4. Moreira FM, Nóbrega MML, Silva MIT. Comunicação escrita: contribuição para elaboração de material educativo em saúde. Rev. Bras Enferm, Brasília (DF) 2003; 56(2): 184-8.
5. Moreira FM, Nóbrega MML, Silva MIT. Comunicação escrita: contribuição para elaboração de material educativo em saúde. Rev. Bras Enferm, Brasília (DF) 2003; 56(2): 184-8.
6. Ferreira OMC, Silva Junior PD. Recursos audiovisuais no ensino aprendizagem. São Paulo: Pedagógica & Universitária. 1996.

**Mesa de comunicaciones 17(Español):Docencia en enfermería**

**AUTOR/ES:**

Rodríguez Cala A, Juve Udina ME, Martínez Alonso M, San Martín Bardají M.J, Pons Rodríguez A,

**TÍTULO:**

Evaluación de un programa de tutorización en la práctica clínica para el personal de nueva incorporación

**TEXTO DEL TRABAJO:**

Introducción

El Instituto Catalán de la Salud tiene como objetivo determinar el impacto de los cuidados de enfermería en los resultados clínicos de los pacientes. Para ello, ha desarrollado un proyecto de definición y evaluación de competencias asistenciales de la enfermera en el ámbito hospitalario (Proyecto COM-VA©), basado en los estudios de experiencias clínicas de la Dra Patricia Benner y en el modelo de adquisición de habilidades de los hermanos Dreyfuss i Dreyfuss. De este proyecto principal nace el programa COM VAT©, de evaluación y mejora tutorizada de la competencia clínica de las enfermeras de nueva incorporación, cuyos objetivos son a) garantizar la seguridad de los pacientes y minimizar el riesgo de errores durante los primeros días de trabajo; b) asegurar el conjunto mínimo de conocimientos, habilidades y actitudes que han de tener las enfermeras de nueva incorporación en nuestro hospital; c) aumentar el nivel de competencia al finalizar la tutoría

Objetivo

Evaluar si el programa de tutorización de la práctica clínica del personal de nueva incorporación en enfermería mejora significativamente sus conocimientos.

Material y Métodos

Estudio prospectivo para evaluar una intervención formativa.

La recogida de datos se hizo en julio del 2006 en el hospital universitario Arnau de Villanova de Lleida.

Los criterios de inclusión en el programa del personal a tutORIZAR se basaron en la garantía de la seguridad del paciente, por lo tanto, prioritariamente entraron en él, las enfermeras recién incorporadas con un índice de competencia más bajo.

La definición del perfil del tutor incluyó como requisito tener 5 años de experiencia hospitalaria, un índice de competencia alto (evaluado por la supervisora mediante el instrumento COMVA), y capacidad docente. Las funciones del tutor incluyeron la tutorización individualizada de las enfermeras de nueva incorporación y una evaluación inicial y otra al final del programa. La tutorización se realizó fuera del horario laboral, lo que provocó que las tutorizaciones tuviesen diferente duración, oscilando entre 7, 14 y 20 horas durante fines de semana, indistintamente en turno de mañana y tarde.

En el programa de tutorización se incluyen 3 de las 6 competencias COM-VA: Valorar, diagnosticar y abordar situaciones cambiantes, ayudar al paciente a cumplir el tratamiento, y garantizar la seguridad y el proceso asistencial. Cada competencia evalúa a su vez uno o más elementos competenciales, y cada elemento competencial consta de varias conductas o criterios de evaluación.

La muestra incluyó 14 enfermeras: 2 de cuidados intensivos, 2 de urgencias, 2 de trauma, 2 de pediatría, una de urología, una de medicina interna (neurología), 2 de cirugía y 2 de digestivo-oncología. En su tutorización, participaron un total de 13 profesionales de enfermería, y la duración de las tutorías fue de 20 horas para 6 de las enfermeras (trauma, urgencias y UCI), 14 horas para otras 6 y 7 horas para las 2 restantes (digestivo-oncología).

El instrumento de recogida de datos fue el contenido del programa de tutorización y dos cuestionarios, uno para valorar la satisfacción de los profesionales de la unidad y otro para conocer la satisfacción de los participantes en el programa. En este estudio sólo se presentan los resultados del contenido del programa.

Debido al pequeño tamaño muestral, se aplicó la prueba no paramétrica para datos apareados de los rangos con signo de Wilcoxon y se valoró si los conocimientos habían mejorado significativamente a partir de los resultados de la prueba exacta unilateral, con un riesgo a del 5%. Adicionalmente, los grupos con duración de la tutoría de 14 y 20 horas se estudiaron por separado. Se utilizó el programa estadístico SPSS 13.0.

#### Resultados

El programa de tutorización consiguió mejorar los conocimientos, de forma estadísticamente significativa, en 41 de los 44 criterios evaluados. Los tres criterios en los que no se observó mejoría significativa fueron: saber identificar una situación de parada cardiorrespiratoria, identificar situaciones de conflicto potencial con pacientes o familiares, conocer las medidas básicas de actuación ante una agresión. Cabe señalar que sólo evaluaron estos criterios entre el 57% y el 43% de las enfermeras (por no presentarse las situaciones evaluadas durante la tutorización), y para todas ellas, sólo 4 enfermeras mejoraron sus habilidades para afrontar estas situaciones. Destacar que sólo en 8 de los 44 criterios (18%) se observó una mejora en al menos el 67% de las enfermeras en el programa de tutorización.

Separando el análisis según la duración del programa, se observó que en el grupo de 20 horas la tutorización consiguió mejorar los conocimientos, de forma estadísticamente significativa, en 19 de los 44 criterios (43%). Sin embargo, en el grupo de 14 horas, la tutorización sólo fue significativamente efectiva en 6 de los 44 criterios (14%). En todos los criterios en los que el programa de formación fue significativamente efectivo, el porcentaje de mejoría fue superior al 67%, siendo de al menos 83%. El programa de 7 horas de duración no se pudo evaluar por estar representado únicamente por dos enfermeras.

#### Discusión

La evaluación del programa muestra su efectividad, siendo el programa de 20 horas de duración el que presenta mejores resultados frente al de 14 horas y al resultado global. A pesar de ello, sólo mejoran parte de los criterios evaluados, o bien por no darse la situación evaluada o bien porque su duración no resultó suficiente para desarrollar las habilidades necesarias. Se pone de manifiesto la utilidad de los programas de tutorización y la necesidad de ampliar su duración, en la medida de lo posible.

#### Bibliografía:

- Lopez Alonso SG. Estudio piloto para la validación de una escala sobre el entorno de la práctica enfermera en el Hospital San Cecilio. *Enfermería Clínica* 2005 15 (1): 8-16
- Lake, ET. Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Res in Nurs & Health* 2002 25 : 176 – 88
- Hoffart N y Woods CQ. Elements of a nursing professional practice model. *J Prof Nurs* 1996 12: 354 – 64
- Patricia Benner. *Práctica progresiva en Enfermería*. Barcelona. Ed Grijalbo; 1987
- Canil de Segura, Nelly; Carrizo de Nieva, Gladis; Guidetti, Blanca; Tillar de Leiva Daza, Estrella; Orellana Cristian. Relación pedagógica: pilar de la acción tutorial. *Rev. Visión de Enfermería Actualizada*. 2006; 5:19-27
- Betolaza López de Gámiz, Encarnación Alonso Durana Isabel. El diario reflexivo y el autoaprendizaje autorizado. *Metas Enferm*. 2002;45:14-18
- Navarro Moya Francisco Javier, Martínez Ros Maria Teresa, Vigueras Lorente Maria Dolores, Rodríguez González M. concepción. *Index Enferm*. 2002;39:16-19
- Routh Brenda. Convertirse en tutor. *Nursing-Ed esp*. 1996;2: 41-42
- Antón P. Tutorías individualizadas. Una experiencia en la enseñanza de enfermería. *Enferm. Clín*. 1996; 6: 255-259
- Alonso Durana I, Betolaza Lopez de Gamiz E. Autoaprendizaje autorizado: aplicación en el programa de formación de la especialidad de enfermería en salud mental. *Metas Enfer* 2000;1138-7262

**AUTOR/ES:**

Miró Margalida, Zaforteza Concha, Miró Rosa, Perelló Catalina, Lorente Elena, Aparicio Alejandro

**TÍTULO:**

¿Cómo nos constituimos? Continuidades y transformaciones en los discursos de estudiantes de enfermería sobre identidad profesional

**TEXTO DEL TRABAJO:****1.- Introducción**

A lo largo de la formación universitaria el/la estudiante va conformando su identidad profesional (1). En este proceso influyen diversos factores como las dinámicas del sistema de salud, los profesionales de los equipos de salud, los educadores o tutores, los pacientes, los currículos académicos, además por supuesto de las características personales de los estudiantes como, el género, la generación o la etnia (2).

En los últimos cinco años, la mayoría de los estudios a nivel nacional sobre la identidad profesional han sido de opinión personal o de revisión (3,4), siendo más escasas las investigaciones originales empíricas e históricas (5,6). Además, la mayoría se han abordado principalmente desde perspectivas teóricas positivistas o constructivistas. De acuerdo con estas perspectivas, las investigaciones se han centrado principalmente en explorar las dimensiones personales e interpersonales que conforman este fenómeno. Esto ha contribuido a que en nuestro país la identidad haya sido conceptualizada como una realidad unánime, estable y persistente a lo largo del tiempo, o bien como el resultado de un proceso de socialización, en el que la enfermera, en interacción con otros/as, internaliza los conocimientos, las habilidades, las normas, los valores y la cultura de la organización. En general, la finalidad de las/os autoras/es ha sido tratar de predecir y generalizar un conjunto de señas identitarias consideradas prerrequisitos para el desarrollo de la identidad profesional.

La perspectiva y los objetivos de este estudio, orientados a explorar las transformaciones discursivas que han ido conformando la identidad profesional a lo largo de la formación, permitirá cuestionarse desde la diversidad y la complejidad algunos aspectos arraigados y a veces poco desafiados o reconocidos en el actual entramado educativo, social y político sobre la profesión.

**2.- Objetivos.** El objetivo general de este estudio es explorar las continuidades, transformaciones y rupturas en los discursos sobre la identidad profesional de las/os estudiantes de enfermería a lo largo de su formación universitaria. Para ello, tratamos de explorar los discursos residuales, dominantes, emergentes y los silencios que van constituyendo la identidad profesional de los/as estudiantes de enfermería a lo largo de su formación.

**3.- Metodología.** A partir del referencial postestructuralista llevamos a cabo un análisis temático y de discurso. Desde esta perspectiva los discursos son considerados no sólo como grupos de ideas y formas de pensamiento, sino también como prácticas consolidadas e integradas dentro de una amplia estructura social que, aunque raramente reconocidos de forma consciente, proveen la base para lo que es reconocido como conocimiento (7). Entre ellos, se pueden identificar los discursos residuales como aquellos heredados de una etapa anterior relativamente revividos, pero de los que quedan restos (8); los discursos dominantes como aquellos que se encuentran arraigados en la sociedad, que se consideran incuestionables; y los discursos emergentes como aquellos que surgen precisamente desde su condición de excluido y desde fuera, buscan ser instituidos, buscan abrir alternativas de significación, comprensión y acción.

La población del estudio estuvo formada por estudiantes de primer y tercer curso de la Diplomatura de Enfermería de la Universitat de les Illes Balears del curso académico 2006-2007. La muestra estuvo formada por los estudiantes que el primer día de clase de forma voluntaria y anónima, contestaron a las siguientes preguntas abiertas relativas a la identidad profesional: ¿qué es para ti un/a enfermero/a?

y ¿cuál es el papel que piensas que el/la enfermero/a desempeña en la sociedad? Además les preguntamos su edad, sexo y si habían tenido un contacto previo con la profesión. Para hacer más abarcable el corpus textual iniciamos el análisis con una etapa descriptiva y clasificatoria donde construimos los códigos, subcategorías y categorías de análisis. Posteriormente, pasamos a una fase de análisis e interpretación con la finalidad de poner en relación dialéctica la codificación, la perspectiva teórica y el contexto del estudio.

Con el propósito de contribuir a la confiabilidad del análisis hemos llevado a cabo una triangulación de investigadores/as. Por tanto, la codificación ha sido el resultado de ocho codificaciones previas, seis independientes y dos conjuntas. Analizamos hasta alcanzar el punto de saturación teórica. La muestra estuvo formada por 92 estudiantes de primero, 64.13% mujeres y 35.87% hombres, con una edad entre 17 y 40 años y 60 estudiantes de tercero, 88.34% mujeres y 11.66% hombres, con una edad entre 19 y 37 años. De los estudiantes de primero 68.47% tuvieron contacto previo con la profesión (experiencias personales o familiares) y de los estudiantes de tercero 65% tuvieron contacto previo.

4.- Resultados: El análisis revela cuatro categorías: misión profesional, relación con otros, quién es la enfermera y sociedad y profesión. En la categoría misión profesional emergen los códigos: proveedor/a de cuidados (facilitador del proceso de enfermedad, acompañamiento, promoción de la salud, satisface necesidades básicas, promoción de calidad de vida y bienestar) mediador/a o conciliador/a (puente entre médico y paciente ó sistema y paciente), agente humanizador/a del sistema de salud (proporciona seguridad y confianza, traduce la técnica y la ciencia en un lenguaje cotidiano), visión holística (perspectiva bio-psico-social) y vocación (tendencia a la ayuda y relación con otros). En la categoría relación con otros/as, emergen los códigos: ayudante del médico (complemento, subordinación), cercanía con el usuario, trabajo de equipo (equidad en el trabajo en equipo, crítica a la dependencia médica). En la categoría quién es, emergen los códigos: actitudes (ser o estar), habilidades (hacer) y conocimientos (saber). Y finalmente, en la categoría sociedad y profesión emergen los códigos: infravalorado/a (poca visibilidad, superioridad médica), importancia social (necesidad social de la técnica y del control de la enfermedad) y, cambio y transformación de rol (cambio de la visión de la sociedad y del estudiante sobre la profesión).

5.- Discusiones: El entramado discursivo sobre la constitución de la identidad profesional de los estudiantes se conforma fundamentalmente de continuidades y transformaciones. Entre los estudiantes de primer y tercer curso no se evidencian claras rupturas discursivas, aunque si transformaciones que pueden llevar a un giro en el discurso sobre la profesión. Se puede identificar como residual, herencia probablemente de períodos históricos anteriores, un discurso religioso o moralista, en el que quedan actitudes de altruismo, abnegación, entrega, humildad pero con matices de carácter cívico o laico. Estos elementos actitudinales conforman un ideal de profesional virtuoso/a y aceptada/o socialmente. Como dominantes se identifican discursos biomédicos, biopatológicos y técnicos, conformados por elementos de dependencia y sumisión médica y con una perspectiva centrada en la enfermedad y en la técnica. Entre los estudiantes de tercero éstos discursos coexisten, a la vez que se van transformando en un discurso humanista centrado en la persona, constituido por elementos de cercanía con el usuario, calidad de vida, perspectivas biopsicosociales y una clara dicotomía entre cuidar y curar. Desde este discurso humanista, articulan una perspectiva paternalista e intervencionista hacia la persona atendida. Además, se puede considerar precursorio, porque los estudiantes hablan en términos abstractos y poco concretos. Como emergente se identifica un discurso de toma de conciencia acerca de la profesión, en el que el estudiante se cuestiona la infravaloración social, la importancia social de la profesión, el cambio de rol a nivel individual y colectivo, critica posiciones reaccionarias de algunas enfermeras/os ante la dominancia médica y toma conciencia de la complejidad de la práctica enfermera. En este caso, los estudiantes también argumentan de forma débil las bases de la importancia social de la profesión. Finalmente, cabe destacar como silencios discursivos, elementos relativos al papel de la familia en el proceso de salud y enfermedad, al impacto de la actividad enfermera en la salud de la población, a las actitudes y competencias relativas a la creatividad, pensamiento crítico, liderazgo y espíritu ambicioso.

6. Conclusiones: La transformación hacia discursos humanistas conformados alrededor de elementos de carácter relacional, personal e íntimo (9), en detrimento de otros discursos conformados alrededor de elementos de autoridad, objetividad, cientificismo (10), (re)posiciona a las/os estudiantes, futuros profesionales en espacios de fragilidad y vulnerabilidad profesional, social y política. De hecho, los/as estudiantes a pesar de articular un discurso emergente de

toma de conciencia profesional no son capaces de argumentar en términos precisos la importancia y necesidad social de la profesión. Desde nuestro punto de vista, esta transformación puede contribuir a alejar a las/os enfermeras/os de discursos clínicos, sociales, políticos y económicos, desde los cuales podrían explicar y argumentar con mayor claridad a gestoras/es, políticas/os, periodistas, otros/as profesionales de la salud y sobretodo a las/os ciudadanas/os, no sólo "quienes son", sino principalmente lo "que saben", lo "que hacen", "como lo hacen" y el impacto de su práctica diaria en los resultados de la salud. Esto permitiría visibilizar la aportación de las enfermeras en el sistema de salud y justificar en términos de racionalismo económico los recursos necesarios para responder a las necesidades de la población (11).

Por otra parte, esta transformación contribuye a reproducir la profesión como una actividad trivial, subordinada e intuitiva para la que se precisa práctica y determinadas actitudes, en detrimento de la investigación y la experiencia clínica. Esto a la vez favorece una situación de anonimato y gregarismo profesional que amenaza la singularidad de la aportación enfermera, ya que la enfermería es considerada como una masa homogénea de profesionales con funciones intercambiables que pueden valer para todo. En definitiva, no hay unos discursos más valiosos, adecuados o auténticos que otros, sino que cada uno de ellos sitúa profesional, social y políticamente a la enfermería y a las/os enfermeras/os en el ejercicio de distintas relaciones de poder. Cuando concebimos la práctica enfermera en base a uno de estos discursos y marginamos los otros estamos aportando una visión descomplejizada de la profesión. Lo importante es articular los distintos discursos y prácticas para alcanzar los objetivos de salud de los pacientes y conseguir que la enfermería sea una fuerza positiva en el sistema de salud.

Estas discusiones nos llevan a reflexionar sobre la orientación de nuestro plan de estudios. Deberíamos ser capaces de que el estudiante, futuro profesional fuese capaz de integrar discursos de carácter clínico, político, económico y social les permitan desconstruir visiones naturalizadas sobre la profesión y visibilizarse como agente de salud.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Shinyashiki GT, Mendes IAC, Trevizan MA, Day RA. Socialización profesional: estudiantes volviéndose enfermeros. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2006;14(4): 601-607.
2. Cook TH, Gilmer MJ, Bess CJ. Beginning students' definitions of nursing: an inductive framework of professional identity. *Journal of Nursing Education*. 2003; 42(7): 311-317.
3. Carballo M. Del deseo a la realidad. *Rev Rol Enferm*. 2005; 28(4): 250-252.
4. Martínez J.M. Enfermería, sencillamente complicado. *Rev Rol Enferm*. 2005; 28(4):255-264.
5. Aguilar M<sup>a</sup>.C, García M.A, Calvo A. Valores hacia el trabajo del personal de enfermería: Un análisis descriptivo. *Index Enferm*. 2004; 13(44-45): 9-13.
6. Ramió A. Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya. [Tesis Doctoral]. Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales: Universidad de Barcelona; 2005.
7. McLaren M.A. Foucault and feminism: Power, resistance, freedom. En: Taylor D, Vintges K. (Eds.). *Feminism and the final Foucault*. Chicago: University of Illinois Press; 2004.p. 214-234.
8. Epstein D, Johnson R. Sexualidades e institución escolar. Madrid: ediciones Morata: 2000.
9. Snelgrove S, Hughes D. Interprofessional relations between doctors and nurses: perspectives from South Wales. *Journal of Advanced Nursing*. 2000; 31(3): 661-667.
10. Apker J, Eggly S. Communicating Professional identity in Medical Socialization: Considering the Ideological Discourse of Morning Report. *Qualitative Health Research*. 2004; 14(3): 411-429.
11. Gordon S, Nelson S. Moving beyond the Virtue Script in Nursing. En: Nelson, S., Gordon, S. (2006). *The complexities of care. Nursing reconsidered*. USA: Cornell University Press; 2006.p.13-30.

**AUTOR/ES:**

Carmen Ortega Martínez, M<sup>a</sup> Victoria Delicado Useros, Antonia Alfaro Espín, Natividad Sánchez González, Francisco García Alcaraz.

**TÍTULO:**

PERCEPCIÓN DEL ALUMNADO SOBRE SU FORMACIÓN PRÁCTICA.

**TEXTO DEL TRABAJO:**

Introducción: La práctica clínica es muy importante en la formación de los estudiantes de enfermería para adquirir conocimientos, desarrollar habilidades y aprender y cambiar actitudes. Desde los principios de la formación enfermera las prácticas han formado parte del ciclo de aprendizaje y generalmente a lo largo de los 3 años de la carrera. Sin embargo cuando el alumnado se incorpora a su formación práctica adopta un modelo de aprendizaje complejo y anárquico, sus deseos de aprender le hace incorporarse a todo tipo de actividades sin atender a una formación programada y progresiva que le lleve a afrontar situaciones de menos a más complejas. Diversas situaciones le llevan a percibir las prácticas como un aprendizaje no estructurado ni organizado.

Nuestra experiencia como docentes y las evaluaciones cualitativas que hemos realizado a lo largo de varios años nos llevan a afirmar, entre otras, las siguientes cuestiones:

- \* El alumno/a percibe, en general, una falta de tiempo para cubrir objetivos, que a veces aboca en una situación que podríamos definir como afrontamiento ineficaz, que en muchos casos los estudiantes experimentan inicialmente.

- \* En otras ocasiones los objetivos son tan generales como los de las asignaturas o materias del plan de estudios donde se insertan las propias prácticas, y no dan cobertura a todas las facetas de las prácticas (conocimientos, habilidades, actitudes).

- \* En otras muchas ocasiones el alumnado se ve abocado a resolver situaciones sin un conocimiento previo mínimo de las mismas. Creemos que se debe a una ausencia de un currículum explícito para las prácticas. Estas situaciones el alumno las vive como una desconexión entre lo que se estudia en la formación teórica y lo que se encuentra en las prácticas.

- \* El alumnado se siente insatisfecho con la evaluación de sus prácticas por dos motivos. De una parte piensa que en la mayoría de los casos se emite un juicio "subjetivo"; y por otra parte tienen escaso valor en la evaluación global de su currículum. En efecto revisando diferentes materias, el valor que se atribuye a las prácticas dentro de una asignatura es variable y puede oscilar desde el 5% al 30 %, aportando el resto los contenidos teóricos de la materia. Fruto de estas reflexiones, y en el momento que realizamos el estudio, se produce en nuestra Universidad un cambio en el plan de estudios orientado a implantar la formación práctica integrada mediante 4 practicum que se desarrollan en los tres últimos semestres de la carrera. Entendiendo practicum, como el conjunto integrado de conocimientos, habilidades y actitudes que tienen como objetivo la profesionalización de nuestros estudiantes mediante su progresiva integración en una institución sanitaria. Así nos planteamos aplicar una evaluación en este momento, dado que cualquier proceso formativo debe contemplar un tipo de evaluación dirigido a valorar el funcionamiento del propio sistema (evaluación formativa) y con el objetivo de detectar posibles cambios en la percepción del alumnado al respecto de sus prácticas .

Objetivo: El estudio analiza la experiencia formativa del practicum introductorio (primer contacto con la realidad práctica) con el objetivo de valorar el programa formativo, mediante la percepción del alumnado, y de esta manera detectar puntos débiles y puntos fuertes del mismo.

**Material y métodos:**

Es un estudio descriptivo transversal que se ha realizado en la Escuela Universitaria de Enfermería de Albacete (Universidad de Castilla-La Mancha; España). La población objeto de estudio se compone de todos los alumnos matriculados en las asignaturas Practicum introductorio (110). Se ha utilizado un cuestionario de elaboración propia, de escala likert y de extensión 5, que oscila entre el acuerdo total a desacuerdo total.

Este cuestionario explora las siguientes variables: sociodemográficas, los objetivos del programa, integración de conocimientos teóricos, duración y cronología del practicum, métodos de evaluación, afrontamiento del turno de prácticas por el alumnado y valoración global.

Para el tratamiento de los datos se han utilizado medidas de tendencia central, de dispersión y de frecuencias relativas para cada variable. Se ha realizado la prueba de ji al cuadrado para la comparación de porcentajes de las respuestas obtenidas en cada una de las variables, con una  $p < 0,05$ .

#### Resultados:

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto una alta satisfacción con respecto al conocimiento de los objetivos y actividades a realizar, así como con la claridad de los mismos. Igualmente se obtienen valoraciones altas de los estudiantes sobre la información que reciben de la profesora titular y la implicación de profesores asociados y enfermeras colaboradoras. En relación a la aplicación de la teoría a la práctica, los estudiantes expresan con un alto nivel de acuerdo (alrededor del 75%) tener conocimientos teóricos suficientes para afrontar las prácticas y no encontrar dificultades para integrarlas.

Aproximadamente un 62% manifiesta que el tiempo para cubrir los objetivos es suficiente; sin embargo sólo al 34 % le parecerá suficiente el tiempo global invertido en las prácticas. Un 42% está de acuerdo con la ubicación del practicum en el segundo año y un 32 se manifiesta en desacuerdo.

El grado de satisfacción con los criterios y métodos de evaluación es también alto, considerando que la evaluación es objetiva, progresiva y contempla tanto actitudes como nivel competencial.

El nivel de inseguridad en el primer turno se confirma (80%) disminuye a un 56% en la segunda rotación.

Finalmente la valoración global y la aplicabilidad a la práctica se valoran muy altas (93%)

Discusión: En multitud de ocasiones se observa que el alumnado se incorpora a su formación práctica adoptando un modelo de aprendizaje complejo y anárquico, sus deseos de aprender le hace incorporarse a todo tipo de actividades sin atender a una formación programada y progresiva que le lleve a afrontar situaciones de menos a más complejas.

Sin olvidar que la inmersión en la práctica clínica es un factor motivacional ampliamente contrastado en los estudios sobre procesos formativos del personal sanitario, podemos decir que una adecuada programación de la formación práctica clínica, organizada a través del practicum introductorio, que incluye objetivos de las diferentes materias estudiadas por el alumnado en el curso anterior puede ser uno de los factores que incidan en la alta satisfacción del alumnado.

La integración de las prácticas mediante asignaturas que tienen un valor propio, con un programa y desarrollo explícito y con una evaluación final única, enaltece la formación práctica tan importante en el proceso formativo de nuestros estudiante nuestro.

Si bien, no defendemos el modelo de la enseñanza de la teoría como un campo de estudio separándolo de su lugar de aplicación, reconocemos que otro aspecto que se ha visto mejorado con la experiencia del Practicum ha sido la aplicación de la teoría a la práctica. Según la percepción del alumnado el haber estudiado mayor número de contenidos teóricos le ayuda a enfrentarse a las situaciones problemáticas con mayor facilidad lo que creemos que disminuye la sensación de disociación teoría-práctica.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

- 1.- Casanova MA. Evaluación educativa. Madrid: Edelvives; 1998
- 2.- Díaz barriga F. Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. México: Mcgraw Hill; 2001
- 3.- Escamilla A, Llanos E. La evaluación del aprendizaje y de la enseñanza en el aula. Madrid: Edelvives; 2001
- 4.- Medina Moya JL. Deseo de cuidar y voluntad de poder: La enseñanza de la enfermería. Barcelona: Publicaciones y ediciones de la Universidad de Barcelona; 2005
- 5.- Tovar Moncada MC. Instrumentos de evaluación en la Enseñanza de la Exploración Física. Desarrollo científico Enfermería. 2005; 13(9): 279-282



**AUTOR/ES:**

Pina Roche, Florentina; Ruzafa Martínez, Maria; Meseguer Liza, Cristóbal; Sanchez Ortuño, Monserrat.

**TÍTULO:**

Diseño y validación de un cuestionario para valorar las innovaciones de metodologías docentes en la formación pregrado de enfermería.

**TEXTO DEL TRABAJO:**

El Espacio Europeo de Educación Superior, en el año 2010, tiene como retos conseguir un sistema educativo europeo de calidad que permita a Europa fomentar su crecimiento económico, su competitividad internacional y su cohesión social a través de la educación y la formación de los ciudadanos a lo largo de la vida y su movilidad. Esto implica, adaptaciones pedagógicas a las nuevas orientaciones que hay que introducir, como es el que el alumno adquiera una posición activa orientada hacia el autoaprendizaje, lo que supone un cambio gradual que hay que experimentar y aprender y donde el profesorado deberá entrenarse y trabajar con el diseño de actividades para realizar en las aulas.

En este sentido, doce profesores del Departamento de Enfermería de la Universidad de Murcia han perseguido obtener mejoras tanto para su labor docente como para la de aprendizaje de los estudiantes, proporcionando unidad y visión de conjunto con la elaboración de un Proyecto Educativo Integrado, cuyo eje principal es el Proceso de Aprendizaje del Alumno.

Para ello, se introducen metodologías que implican una mayor actividad e intervención por parte de los estudiantes como son el trabajo colaborativo, el desarrollo de seminarios integrados y de habilidades, el portafolios reflexivo y tutorías en pequeños grupos, entre otras.

Todos estos cambios han desarrollado nuevos enfoques en la evaluación en donde se pretende medir lo que el alumno ha aprendido, afectando a todas las fases del aprendizaje; desde la motivación hasta las actividades desarrolladas en el aula, teniendo implicación tanto en la organización del aula, en los contenidos y en los materiales didácticos. Hemos pretendido conjugar reflexión teórica y aplicación práctica.

Para la medición de esta experiencia pedagógica se han diseñado y utilizado diversas herramientas como la que presentamos en este estudio.

**OBJETIVOS**

Diseñar y validar un cuestionario para evaluar la percepción de los estudiantes de enfermería sobre las innovaciones metodológicas docentes impulsadas en el marco del Espacio Europeo de Enseñanza Superior (EEES).

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Definición de las dimensiones a evaluar

Se hizo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos ERIC, PSYCINFO, MEDLINE (en inglés) e ISOC (en español) entre los años 1999 y 2007, para revisar la literatura sobre las variables implicadas en el proceso enseñanza/aprendizaje y para localizar cuestionarios o escalas de evaluación de la docencia recibida diseñados específicamente para estudiantes universitarios.

Una vez analizada la bibliografía recopilada, el equipo de investigación se reunió para determinar, mediante el método del consenso, las variables que se pretendían evaluar por medio del cuestionario. Se establecieron 4 dimensiones: Estrategias metodológicas utilizadas, definidas como los procedimientos que pone en marcha el profesor con el objetivo de que el alumno se involucre en su propio proceso de aprendizaje; Clima del aula, que hace referencia a las condiciones necesarias para crear una atmósfera sana y adecuada en el aula; Recursos didácticos e infraestructura, relacionada con la organización racional y práctica de los medios, técnicas de enseñanza y condiciones del aula; y Motivación, que hace referencia a la predisposición de los alumnos a aprender dirigiendo sus esfuerzos a alcanzar esa meta.

Selección y elaboración de ítems:

Una vez que se identificaron las dimensiones, los miembros del equipo de investigación se reunieron de nuevo para seleccionar los ítems que evaluarían cada una de las dimensiones. Se tomaron como modelo dos cuestionarios publicados en español sobre valoración de estudiantes de la enseñanza universitaria Doménech (2003) y García Sanz (2006).

Los miembros del equipo de investigación seleccionaron, para cada una de las dimensiones especificadas, un grupo de ítems. A continuación, se revisó la redacción de los ítems y se hicieron algunas adaptaciones para su utilización en nuestro contexto, ajustando la redacción de los mismos a los criterios de Fowler y Mangione. Estos autores apuntan en sus trabajos las directrices generales para formular preguntas de forma correcta, de manera que éstas sean válidas (capacidad de medir realmente el concepto que ha de medir) y fiables (la información que se obtiene a través de la pregunta es consistente, es decir, medidas repetidas de la misma pregunta han de producir el mismo resultado).

El cuestionario quedó formado por 18 ítems (8 que evaluaban la dimensión Estrategias metodológicas, 3 ítems Clima en el aula, 3 ítems Recursos didácticos e infraestructura y 4 ítems Motivación).

Los ítems fueron redactados para su respuesta mediante una escala de tipo Likert de 4 niveles que indicaban el grado de acuerdo/desacuerdo con el enunciado del ítem: A=Totalmente de acuerdo a D=Totalmente en desacuerdo, más una opción de respuesta adicional E= No sabe/No procede.

Pretest cognitivo:

Para valorar el grado de comprensión de los ítems del cuestionario diseñado se realizó un análisis cognitivo. 15 alumnos de la titulación de enfermería completaron el cuestionario y, mediante la técnica de entrevistas en profundidad, comentaron con dos miembros del equipo de investigación aquellos ítems que presentaban alguna dificultad para ser comprendidos.

En general, los cambios sugeridos fueron pequeños y consistieron, entre otros, en la aclaración de algún término (por ejemplo, el ítem Los cambios metodológicos empleados me han permitido participar activamente en el desarrollo del programa fue sustituido por Los cambios metodológicos empleados, tales como sustitución de clases magistrales por trabajos, estudios de casos, coloquios, simulaciones, etc., me han permitido participar activamente en el desarrollo del programa ). Con la información aportada por los alumnos, se reelaboraron 7 ítems. Adicionalmente, se elaboró un nuevo ítem que se incluyó en la dimensión Motivación.

Esta nueva versión del cuestionario quedó formada por 19 ítems. También incluía datos sociodemográficos (edad y sexo) y una pregunta que evaluaba si el alumno asistía con frecuencia a las clases. Al final del cuestionario se introdujo una pregunta abierta para que los alumnos pudieran expresar aquello que no se hubiera preguntado en el cuestionario y que ellos consideraran importante en relación con la docencia recibida.

Para comprobar la idoneidad de las modificaciones introducidas en el cuestionario, éste fue completado por 20 alumnos de la titulación de Enfermería.

Pilotaje cuantitativo:

Los cuestionarios se aplicaron por el investigador responsable del proyecto el último día de clase del ciclo teórico en un aula de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Murcia. Estos se completaron de forma anónima. El investigador responsable leyó las instrucciones y aclaró las dudas. Se insistió en la confidencialidad y en la sinceridad de las respuestas, con el fin de maximizar la validez de la información obtenida.

En total, 235 alumnos de la Diplomatura de Enfermería completaron el cuestionario (215 alumnos asistentes a clase el último día del ciclo teórico más 20 alumnos que habían completado previamente el cuestionario). Estos representan un 78.3 % del total de alumnos matriculados.

Recogida la información, se procedió a su análisis estadístico con el programa SPSS, v. 14. En primer lugar, se hizo un análisis exploratorio de los datos para evaluar si existía algún ítem que presentara una tasa de no respuesta > 5% así como los efectos techo y suelo. A continuación, para evaluar la consistencia interna del cuestionario así como de las distintas dimensiones evaluadas, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach. Para el análisis de la estructura interna se realizó un análisis de componentes principales con rotación varimax.

#### RESULTADOS

La edad media de la muestra es de 22,4 años, el rango de edad se encuentra entre 19-46 años, siendo representado un 85% mujeres y un 15% de hombres.

El cuestionario muestra una alta consistencia interna, según los criterios propuestos por Nunnally, ofreciendo un coeficiente alfa de Cronbach=0.901. Los coeficientes alfa de cada una de las dimensiones evaluadas son los siguientes: Estrategias Metodológicas utilizadas: 0.727; Clima del aula: 0.841; Recursos didácticos e infraestructura: 0.510; Motivación: 0.667.

El análisis factorial es posible según los datos obtenidos en la prueba de esfericidad de Bartlett

( $p < 0.000$ ) y el índice KMO (Kaiser, Meyer y Olkin) =0.894. La solución factorial más adecuada presenta 4 factores que explican un 71% de la varianza.

#### DISCUSIÓN

El valor de consistencia interna obtenido en la dimensión Recursos didácticos puede estar condicionado por el bajo número de ítems utilizados para evaluar la dimensión, por lo que será necesario añadir nuevos ítems para mejorar la fiabilidad.

La elaboración de instrumentos de medida válidos y fiables permitirá recoger información más objetiva sobre la valoración de los estudiantes de enfermería acerca de los cambios e innovaciones metodológicas desarrolladas a partir de la adaptación al marco europeo de educación superior. La adaptación a nuevos cambios de enseñanza requiere un trabajo y esfuerzo intenso por parte de los docentes de enfermería que, sin duda, se ve recompensado con la evaluación de los resultados de su aplicación. Además, la información aportada por los estudiantes, principales beneficiarios de la docencia, permitirá decidir acerca de la idoneidad de estas nuevas metodologías docentes.

#### BIBLIOGRAFÍA:

Bernardo Carrasco, J. Técnicas y recursos para el desarrollo de las clases. Madrid. Rialp. 1991.

Domenech Betoret F. Psicología de la Educación e Instrucción: su aplicación al contexto de la clase. Castellón: Universidad Jaume I; 2003.

Fowler FJ. Improving survey questions. Thousands Oaks: Sage Publications, Inc.; 1995.

García Sanz, M.P. (2006). Elaboración de guías docentes e instrumentos para su evaluación. Documento inédito. ICE de la Universidad de Murcia.

IEMA. La evaluación compartida: investigación multidisciplinar. Universidad Politécnica de Valencia. 2006.

Mangione TW. Mail surveys. Improving the quality. Thousands Oaks: Sage Publications, Inc.; 1995.

Nunnally JC. Psychometric theory. 2nd ed. New York:McGraw-Hill; 1978.

**AUTOR/ES:**

Sendino A, Chamorro E, Muñoz D, San José B.  
EUE y F "Salus Infirmorum" de Madrid.

**TÍTULO:**

FACTORES QUE INFLUENCIAN LA CONCORDANCIA ENTRE LA EVALUACIÓN DEL ALUMNO Y LA CALIFICACIÓN DEL PROFESOR EN ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**INTRODUCCIÓN:** Estimar el propio conocimiento de forma adecuada, sus deficiencias, límites, lagunas, forma parte de la dotación intelectual que va a ser bagaje que capacite al profesional sanitario a cuidar su propia formación y, por ende, el mantenimiento de su competencia profesional (1-5). Cualquier curriculum moderno de Ciencias de la Salud ha de tratar de preparar no sólo cualificados profesionales, sino también "aprendices independientes". De ello deriva que el hábito de autoevaluación es crucial en la práctica de una profesión sanitaria, lo cual implica juicio sobre su propio trabajo. En orden a adquirir esta habilidad, resulta oportuno propiciar actividades que desarrollen en ellos una capacidad de autoevaluarse críticamente, es decir, que tienen que ser entrenados.

**OBJETIVOS:**

**Objetivo general:** Explorar la habilidad en autovaloración de su proceso de aprendizaje que tienen los estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud

**Objetivos específicos:**

1. Medir la concordancia que existe en estudiantes universitarios entre la percepción personal de sus conocimientos (autocalificación) y la que el profesor responsable de la asignatura le adjudica tras la corrección de la prueba teórica. 2. Comprobar si al reiterar el estudiante la práctica de autoevaluación (es decir, adquirir experiencia en ese ejercicio) mejora el grado de corrección de la autopercepción de su competencia en una determinada materia técnica. 3. Estudio comparativo de resultados atendiendo a las variables sexo, tipo de convocatoria, consecutivos tests (en periodos diferentes del año académico) y curso dentro del curriculum de la carrera.

**DISEÑO:** Estudio transversal durante 1 año académico (2005/06) con alumnos de las carreras de Enfermería y Fisioterapia.

**SUJETOS Y MÉTODO:**

**Muestra de estudio:** Estudiantes de los 3 cursos de Enfermería y de Fisioterapia, que se examinaron en los periodos de exámenes teóricos de Febrero, Junio y Septiembre de 2006 en una Escuela Universitaria de una ciudad española.

**Procedimiento:** Al concluir cada examen escrito, cada estudiante rellenó una hoja de autocalificación, puntuada mediante escala de 0 a 10. Con posterioridad fue cotejada con la calificación adjudicada por el profesor tras la corrección de ese examen.

**Plan de Análisis:** Se consideró falta de concordancia significativa entre las 2 puntuaciones (la del estudiante y la adjudicada por el profesor) como para considerarlas discordantes, una diferencia entre ambas > 1. Posteriormente se aplicaron los test estadísticos apropiados, mediante paquete informático SPSS.

**RESULTADOS:** Participaron 286 alumnos, con un total de 1948 exámenes con registros de notas para correlacionar. Las diferencias entre la autocalificación y la nota correspondiente del profesor osciló en la serie general entre -5 (infracalificación mínima) y +7 (supracalificación máxima), con una media de -0'153 (DS 1'6). Hubo concordancia el 59% de los casos. Se infracalificaron los alumnos en el 18'5% de los cuestionarios y se supracalificaron en el 22'5%. El coeficiente de correlación Rho-Spearman entre las autocalificaciones y las puntuaciones de profesores fue 0'536, ( $p < 0'001$ ). Al comparar el sexo de los alumnos examinados, se comprobó que, si bien el porcentaje de concordancia fue similar (60% las mujeres y 56% los varones), es mayor la proporción de hombres que se supracalificaron en relación de sus compañeras (34% para ellos vs. 19'8% para ellas,  $p < 0'001$ ).

El estudio comparativo entre los 3 períodos temporales en que se realizó el presente trabajo de investigación (Febrero, Junio y Septiembre), puesto que en el primero los alumnos practicaban este ejercicio de introspección y reflexión sobre su rendimiento por vez primera, mientras que en los dos posteriores se les puede suponer un entrenamiento adquirido por la experiencia previa. Se observa que la concordancia ascendió de 58% a 61.8% entre Febrero y Junio, para volver a descender en Septiembre (56'4%).

En las dos terceras partes de exámenes que merecieron a juicio de los profesores la calificación de suspenso, los alumnos habían previsto, a partir de su autopercepción, que iban a obtener aprobado el 67'2% y notable el 2'1%. El rendimiento académico, estimado por las puntuaciones de los exámenes adjudicadas por los profesores, resultó ligera, aunque significativamente, mejor en las mujeres con respecto a los varones, como se deduce de los porcentajes obtenidos en los diferentes grados correlativos de nota académica (mujeres: suspenso 32%, aprobado 39%, notable 24%, sobresalientes 4%, hombres: suspensos: 38%, aprobados 41%, notables 17%, sobresalientes 3%). Entre los alumnos que obtuvieron notas más bajas, se constató un nivel de concordancia bajo (41%), alta proporción de supracalificaciones (56%) y muy baja tasa de infracalificaciones (2%). Para los alumnos de alto rendimiento académico (aquellos que obtuvieron buenas notas tras la corrección) se observó el fenómeno contrario: supracalificación de 0'7% e infracalificación de hasta el 77%).

**DISCUSIÓN:** Los estudiantes son razonablemente exactos en su puntuación, pues la concordancia alcanzó el 59%. Si bien ha existido escasa diferencia entre el porcentaje de concordancia entre las alumnas y sus compañeros varones, éstos presentaron mayor tendencia a supracalificarse y aquéllas a infracalificarse. Los parámetros que estimaron el rendimiento académico mostraron ligera tendencia a ser mayor en el subgrupo femenino. La tendencia hacia la mejora de los parámetros de concordancia de notas conforme los alumnos han repetido la práctica de la misma, ha sido irregular. Los alumnos que han mostrado mayor nivel de rendimiento académico, incurren en mayor proporción de infracalificaciones y los de inferior nivel, mayor porcentaje de supracalificaciones.

**IMPLICACIONES DEL ESTUDIO PARA LA PRÁCTICA:** Estimar el propio conocimiento de forma adecuada, sus deficiencias, forma parte de la dotación intelectual que va a ser bagaje que capacite al profesional sanitario a cuidar su propia formación y, por ende, el mantenimiento de su competencia profesional. Cualquier currículum moderno de Ciencias de la Salud ha de tratar de preparar no sólo cualificados profesionales, sino también "aprendices independientes". De ello deriva que el hábito de autoevaluación es crucial en la práctica de una profesión sanitaria, lo cual implica juicio sobre su propio trabajo. En orden a adquirir esta habilidad, resulta oportuno propiciar actividades que desarrollen en ellos una capacidad de autoevaluarse críticamente, es decir, que tienen que ser entrenados.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

- 1: Gruppen LD, White C, Fitzgerald JT, Grum CM., Woolliscroft JO. Medical Students' Self-assessments and Their Allocations of Learning Time. Acad Med 2000; 75: 374-79.
2. Fitzgerald JT, Gruppen LD, White CB. The Influence of Task Formats on the Accuracy of Medical Students' Self-assessments. Acad Med 2000; 75: 737-41.
3. Woolliscroft JO, TenHaken J, Smith J, Calhoun JG. Medical students' clinical self-assessments: comparisons with external measures of performance and the students' self-assessments of overall performance and effort. Acad Med 1993; 68: 285-94.
4. Fitzgerald JT, White CB, Gruppen LD. A longitudinal study of self-assessment accuracy. Med Educ 2003; 37: 645-9.
5. Rees C, Shepherd M. Students' and assessors' attitudes towards students' self-assessment of their personal and professional behaviours. Med Educ 2005; 39: 30-9.

**Mesa de comunicaciones 18 (Español):Cuidados de salud en adolescentes .Hábitos de salud**

**AUTOR/ES:**

Beatriz Gómez González

**TÍTULO:**

Análisis del consumo de tabaco en el cine español (2001-2006)

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**OBJETIVOS:**

- Realizar un análisis fílmico en materia de consumo de tabaco de las películas españolas más vistas de los últimos 5 años.
- Cuantificar las tendencias y prevalencias del consumo de tabaco en las películas españolas actuales (porcentaje de incidentes por película, por hora y duración media del incidente de consumo).
- Revisar el contexto y posible significado del uso de cigarrillos en las películas objeto de estudio (estereotipos o imagen proyectada por los personajes fumadores, situaciones y estados de ánimo a los que se asocia el consumo de tabaco, lugar en el que se fuma, perfil demográfico de los personajes que consumen tabaco, diferentes productos de tabaco consumidos, etc.).
- Analizar las estrategias publicitarias empleadas en el cine español en referencia a los productos del tabaco.

**MÉTODO:**

Ámbito: producciones y coproducciones cinematográficas españolas estrenados en el período de 2001 a 2006.

Diseño: mediante el análisis de contenidos (también llamado análisis fílmico), de las producciones cinematográficas españolas más vistas, se analizó tanto la imagen proyectada por los personajes fumadores como las situaciones en las que se consume, así como las posibles estrategias publicitarias de productos del tabaco.

Objetos de estudio: dentro del período de 2001 a 2006 se han seleccionado los tres largometrajes de producción o coproducción española con mayor número de espectadores de cada año, dando lugar a un tamaño muestral de 18 películas. (La muestra inicial de largometrajes ha sido obtenida según los datos proporcionados por el Ministerio de Cultura).

Las películas objeto de análisis fueron las siguientes: Alatriste, Volver y El laberinto del Fauno (2006); Torrente 3, El protector, El reino de los cielos y Princesas (2005); Mar adentro, Isi & Disi y El lobo (2004); La gran aventura de Mortadelo y Filemon, Días de fútbol y Carmen (2003); El otro lado de la cama, Los lunes al sol y El hijo de la novia (2002); y Los otros, Torrente 2, Misión en Marbella y Juana la loca (2001).

**VARIABLES:**

- Identificación del número y duración de los incidentes de consumo por película, entendiendo "incidente de consumo" como la presencia de un producto de tabaco en la escena (tanto si se fuma como si no). Si dos personajes fumaron en la misma escena se contabilizaron como dos incidentes.
- Para cada incidente de se identificaron las siguientes características sobre el personaje: edad, género, ocupación, estatus (principal o secundario), perfil demográfico, imagen (buen tipo o mal tipo), producto de tabaco empleado, lugar de consumo, situación o estado de ánimo en la que se consume, marca de producto empleado (si aparece).
- Clasificación de la película (todos los públicos, mayores de 18, mayores de 13, etc.).

Instrumento utilizado para la obtención de los datos: se elaboró y validó una ficha de análisis fílmico ad hoc (junto con su correspondiente libro de códigos), en la que se incluyeron las preguntas necesarias para obtener la información relativa a las variables anteriormente mencionadas.

Análisis de datos: se realizó mediante el paquete estadístico Spss.

#### RESULTADOS:

Aproximadamente en un 80% de las películas analizadas aparecen incidentes de consumo de tabaco. El año en que mayor incidencia de consumo se observó fue en 2002. El promedio de incidentes de consumo por hora fue de 3 incidentes/hora, y la duración media del incidente de 5 segundos.

El producto de tabaco que se consume con mayor frecuencia son los cigarrillos en un 90% aunque es destacable que en segundo lugar aparece el consumo de cigarrillos de marihuana (5% del total de incidentes).

En cuanto al lugar en que se fuma se puede observar que el consumo de tabaco se produce principalmente en la calle o lugares públicos, seguido del consumo en el domicilio.

Se observó que el estado de ánimo al que se asocia fundamentalmente el consumo de tabaco son las situaciones de estrés y de tipo social.

La incidencia de consumo por parte de los "buenos tipos" se ha mantenido durante el período revisado, mientras que se ha visto una disminución en los "malos tipos". Así mismo aparece una asociación clara entre el consumo de tabaco y los personajes principales y masculinos.

La aparición de la marca del producto en un 2% de los incidentes de consumo.

#### DISCUSIÓN:

El retrato del consumo de tabaco en el cine español se mantiene a lo largo del período de tiempo estudiado, por el contrario, desde el punto de vista social el consumo de tabaco está comenzando lentamente a verse como un "comportamiento en decadencia", debido entre otras razones a las directrices iniciadas en los últimos tiempos en materia tanto de salud pública en general, como legislativas en particular.

El estudio llevado a cabo atiende entre otros a los objetivos planteados por el Plan Nacional de Tabaquismo 2003-2007, entre los cuales se encuentra "la realización de estudios epidemiológicos y encuestas que faciliten la información sobre las causas que motivan el consumo de tabaco".

Tras realizar una exhaustiva búsqueda bibliográfica se puede afirmar que hay una escasa o nula investigación al respecto de las relaciones entre el consumo de tabaco y el cine español, siendo todavía ésta un área desconocida, y por tanto, un área potencial para futuras investigaciones. Como argumentos que confirman esta afirmación se pueden aducir entre otros, la ausencia de referencias bibliográficas y estudios de investigación al respecto de las relaciones entre cine español y consumo de tabaco. No ocurriendo así, ni en otras áreas de comunicación, como la televisión, prensa y publicidad, en las que se han realizado múltiples y diversos estudios sobre las relaciones entre estos medios y la promoción de la salud. Ni en cuanto a las investigaciones y estudios publicados en la literatura científica internacional sobre el consumo de tabaco en la producción cinematográfica, en especial, la procedente de Hollywood. De forma que se han podido establecer comparaciones entre dichos estudios y los resultados obtenidos en esta investigación, obteniendo conclusiones que muestran que las tendencias son similares.

Queda esperar si el cambio legislativo en materia de tabaco tras la entrada en vigor de la Ley 28/2005, vigente desde 1 de enero de 2006, supondrá algún cambio en la producción cinematográfica española futura, a pesar de que las referencias de dicha ley en materia de cine son nulas.

#### IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Los resultados obtenidos suponen una evidencia clara de que son necesarias unas políticas de control de tabaco más estrictas en lo que a la producción cinematográfica nacional se refiere. Algunas de las posibles medidas resultantes podrían ser las descritas a continuación:

- Excluir de la clasificación de películas para todos los públicos aquellas producciones en las que se fume, clasificándolas como recomendadas para mayores de 18 años.
- Obligatoriedad de un certificado en los créditos finales de la película, indicando que no se ha recibido ningún tipo de subvención o beneficio por parte de las tabacaleras.
- Prohibir la esponsorización de películas y estrenos de las mismas, a las compañías tabaqueras, debido a la elevada audiencia televisiva que las sigue.
- Exhibición de anuncios contra el consumo de tabaco antes y/o después de la película cuando se consume en la misma. Preferiblemente deberían ser los propios actores que consumen quienes protagonizaran dichos anuncios.

- Prohibición de la exhibición de las marcas de tabaco en las películas.
- Inclusión de subtítulos en aquellas escenas de la película en la que se consuma avisando que fumar perjudica seriamente la salud.
- Empezar las acciones legislativas necesarias (la ley en vigor no marca los límites en cuanto a las relaciones entre el cine y el consumo de tabaco se refiere).
- Investigar las relaciones entre el cine y la industria publicitaria, así como las posibles irregularidades financieras derivadas de las mismas.
- Retirada total del tabaco en las películas dirigidas al público infantil.
- Necesidad de que las autoridades competentes se planteen la regulación de las películas extranjeras en cuanto al consumo de tabaco.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Barrueco Ferrero M. De Humphrey Bogart a Julia Roberts. Hollywood, el tabaco y el movimiento de prevención del tabaquismo. *Prev tab* 2003 Jan 1;5(1):29-37.
2. Bialous SA, Mandel LM, Glantz SA. Avoiding "truth": tobacco industry promotion of life skills training. University of California. *J Adolesc Health* 2006.
3. Charlesworth A, Glantz SA. Tobacco and the movie industry. *Clin Occup Environ Med* 2006 Jan 1;5(1):73-84.
4. Navarro P, Díaz C. Análisis de contenido. En: Delgado JM, Gutiérrez J. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Editorial Síntesis; 1999. p.177-223.
5. Dozier DM, Lauzen MM, Day CA, Payne SM, & Tafoya MR. Leaders and elites: portrayals of smoking in popular films. *Tob Control* 2005 Jan 1;14:7-9.
6. Villalbí JR. El tabaco como problema de salud pública. En: Cabasés JM, Villalbí JR, Aibar C, editors. *Informe Sespas 2002. Invertir para la salud. Prioridades en salud pública*. Artes Gráficas Soler; 2002. p.113-29.
7. World Health Organization. *Bollywood Victim or ally: A study on the portrayal of tobacco in Indian cinema*. India: World health Organization; 2003.
8. World Health Organization. *World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control*. World Health Organization, Geneva; 2003.
9. Sargent JD, Tickle JJ, Beach ML, Dalton MA, Ahrens MB, Heatherton TF. Brand appearances in contemporary cinema films and contribution to global marketing of cigarettes. *Lancet* 2001;357:29-32.
10. Worth KA, Dal Cin S, Sargent JD. Prevalence of smoking among major movie characters: 1996-2004. *Tob Control* 2006;15:442-6.
11. Piñuel Raigada JL. Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido. *Estudios de sociolingüística* 2002;3(1):1-42.
12. Shields DLL, Carol J, Balbach ED, McGee S. Hollywood on tobacco: how the entertainment industry understands tobacco portrayal. *Tob Control* 1999 Jan 1;8:378-86.
13. Stockwell TF, & Glantz SA. Tobacco use is increasing in popular films. *Tob Control* 1997 Jan 1;6:282-4.



**AUTOR/ES:**

Meseguer Liza, C.\* +; López Villalba, F.+; Agudo, F.+; Lázaro, C.+; Van Hoffen, L.+; Rodríguez García, P.L.\*\* + (\* Dpto. Enfermería. \*\* Dpto. Ciencias Actividad Física y del Deporte. + Grupo Investigación Ejercicio Físico y Promoción de la Salud. Universidad de Murcia)

**TÍTULO:**

DIFERENCIAS EN LA FRECUENCIA Y CANTIDAD DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES MURCIANOS

**TEXTO DEL TRABAJO:****1. INTRODUCCIÓN.**

La adolescencia es la etapa de desarrollo humano que sirve de transición desde la infancia a la edad adulta y, por ello, es considerado como uno de los períodos más críticos de la vida, debido a los importantes cambios que se producen a nivel fisiológico, psicológico y sociocultural.

El estudio de los estilos de vida saludables ha sido abordado desde diferentes enfoques o disciplinas como la sociología, la antropología, la medicina, la enfermería o la psicología.

Así, propuestas de Lalonde y Tarlov, destacan que el estilo de vida adoptado por los sujetos, en tanto que determinante fundamental de la salud, es la variable que más contribuye a la misma, destacando sobre otras como la atención sanitaria, los factores de herencia genética y la influencia del medio externo.

Está aceptado que uno de los períodos de la vida en el que más interés está suscitando el estudio de la salud es la adolescencia (Heaven, 1996), ya que es en esta etapa de la vida en la que se adquieren los hábitos que conforman el estilo de vida saludable y una vez aprendidos son difíciles de modificar.

El consumo de alcohol en la población general y, más concretamente, en la población adolescente se ha convertido en un problema de salud pública en nuestra sociedad que obliga a todos los agentes de salud a prestar la máxima atención.

Objetivos.

En este contexto se planteó la presente investigación de acuerdo a los siguientes objetivos:

1º.- Identificar el patrón de frecuencia del consumo de alcohol en los adolescentes murcianos.

2º.- Establecer diferencias en la frecuencia de consumo de alcohol de los adolescentes murcianos en función de su edad y sexo.

3º.- Reconocer diferencias en la cantidad de alcohol entre los adolescentes murcianos en función de su edad y sexo.

**2. MÉTODOS.**

Para la consecución de los objetivos propuestos se diseñó un estudio cuasiexperimental llevado a cabo durante los meses de mayo y junio de 2005, sobre una muestra representativa de 845 adolescentes escolarizado en centros públicos de la Región de Murcia, 412 chicos y 433 chicas, de edades comprendidas entre los 14 y 17 años. El diseño muestral se realizó siguiendo un proceso estratificado y polietápico así como un procedimiento de selección con probabilidad proporcional al tamaño. El proceso de muestreo seguido en nuestro trabajo nos proporcionó una muestra estadísticamente representativa con un margen de error relativamente bajo (sólo del 3,2%), que indica que los intervalos de confianza para la estimación sólo afectan ese porcentaje del valor del parámetro estimado.

Se analizó la influencia de las variables sexo, edad, consumo habitual y cantidad de alcohol consumida por los adolescentes encuestados.

La recogida de información se realizó con una metodología de encuesta personal mediante la elaboración de un cuestionario de opinión, de elaboración propia, que constaba de 17 ítems de carácter jerarquizado, con respuestas de acuerdo a una escala tipo Likert o policotómicas abiertas. Estos 17 ítems obtenía información relativa a aspectos generales del consumo de alcohol, relativos al inicio del consumo y relacionados con el consumo habitual de alcohol.

La relación entre las variables se realizó con la aplicación SPSS v. 13.0 mediante el análisis de tablas de contingencia y aplicando Chi<sup>2</sup> de Pearson con el correspondiente análisis de residuos.

### 3. RESULTADOS.

Contestaron al cuestionario 412 chicos y 433 chicas, de los cuales más de la mitad (60.2%) consume bebidas alcohólicas de forma habitual, siendo las mujeres las que presentan porcentajes significativamente superiores a los hombres ( $\chi^2=6.04$ ;  $p<0.05$ ). Con el transcurso de la edad, aumenta de forma significativa la probabilidad de haber probado alguna vez las bebidas alcohólicas; de tal forma que a los 14 años un 10,8% de los adolescentes afirma haber tenido contacto con dicha droga, mientras que a los 17 años dicho porcentaje aumenta hasta un 37,72%. La tendencia creciente de contacto inicial con las bebidas alcohólicas sigue un patrón paralelo en chicos y chicas. La proporción de bebedores habituales aumenta significativamente con el transcurso de la edad incluida en el estudio ajustándose, así mismo, casi la totalidad de la muestra encuestada realiza los consumos de bebidas alcohólicas durante el fin de semana, siendo un porcentaje pequeño quien lo hace también entre semana.

Para analizar los datos sobre la cantidad de alcohol ingerido utilizaremos el criterio fijado por la Dirección General de Salud Pública (Ministerio de Sanidad y Consumo) que utiliza el índice denominado UBE (Unidades Básicas Estándar). Así, entre los adolescentes escolarizados que consumen alcohol los fines de semana, encontramos que el consumo medio de vino es de 3,15 (UBE), en el caso de la cerveza es de 3,25 (UBE), de 6,99 (UBE) para los cubatas y de 2,41 (UBE) para los licores fuertes.

Según la clasificación establecida por la Dirección General de Salud Pública, los porcentajes de bebedores ligeros y moderados son mayores entre las chicas, mientras que en los bebedores excesivos y de gran riesgo, corresponde a los chicos los mayores porcentajes.

### 4. DISCUSIÓN.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto un cambio en el patrón de consumo etílico desde uno tradicional al europeo caracterizado por el consumo abundante durante el fin de semana. Además, resulta llamativo que en nuestra muestra el porcentaje de consumidores habituales es sensiblemente superior a estudios similares consultados. Habría que resaltar que, si bien las chicas suponen el mayor porcentaje de bebedores en términos absolutos, a su vez, el perfil de consumidora habitual es muy reducida.

Este nuevo patrón de consumo está asociado a un cambio en el tipo de alcohol ingerido, pasando de bebidas que se podrían considerar más tradicionales como el vino, a otras basadas en la mezcla entre diferentes sustancias. Además, estos cambios están ligados inevitablemente a un proceso de socialización en torno a la ingesta del alcohol en el que ésta hacer de nexos común o de "lubricante" de dichos procesos interpersonales.

Por otro lado, numerosos estudios sobre el tema señalan la posible influencia de otras variables como la disponibilidad económica, el grupo de iguales, los rituales familiares, la persona que les inicia en el consumo o la realización de actividades claramente contrapuestas a la ingesta etílica (como puede ser la realización de ejercicio físico de forma regular y saludable) entre otras, como modificadores del hábito alcohólico de los adolescentes.

### 5. CONCLUSIONES.

A la vista de los resultados presentados y del análisis de los mismos podemos concluir que:

- El patrón de consumo etílico de los adolescentes murcianos, al igual que en el resto del país, está evolucionando hacia modelos centroeuropeos.
- El inicio en el consumo de alcohol es cada vez más precoz.
- Los chicos consumen más cantidad de alcohol que las chicas, sobre todo al aumentar la edad.

Por último, indicar que los datos aportados por el presente estudio, sumado a los ya publicados, no hacen sino poner de manifiesto oportunidades de intervención preventiva, formadora de valores y actitudes protectoras de la salud en el ámbito educativo obligatorio al cual tiene acceso directo el profesional de atención primaria.

- Prohibición de la exhibición de las marcas de tabaco en las películas.
- Inclusión de subtítulos en aquellas escenas de la película en la que se consuma avisando que fumar perjudica seriamente la salud.
- Empezar las acciones legislativas necesarias (la ley en vigor no marca los límites en cuanto a las relaciones entre el cine y el consumo de tabaco se refiere).
- Investigar las relaciones entre el cine y la industria publicitaria, así como las posibles irregularidades financieras derivadas de las mismas.
- Retirada total del tabaco en las películas dirigidas al público infantil.
- Necesidad de que las autoridades competentes se planteen la regulación de las películas extranjeras en cuanto al consumo de tabaco.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Barrueco Ferrero M. De Humphrey Bogart a Julia Roberts. Hollywood, el tabaco y el movimiento de prevención del tabaquismo. *Prev tab* 2003 Jan 1;5(1):29-37.
2. Bialous SA, Mandel LM, Glantz SA. Avoiding "truth": tobacco industry promotion of life skills training. University of California. *J Adolesc Health* 2006.
3. Charlesworth A, Glantz SA. Tobacco and the movie industry. *Clin Occup Environ Med* 2006 Jan 1;5(1):73-84.
4. Navarro P, Díaz C. Análisis de contenido. En: Delgado JM, Gutiérrez J. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Editorial Síntesis; 1999. p.177-223.
5. Dozier DM, Lauzen MM, Day CA, Payne SM, & Tafoya MR. Leaders and elites: portrayals of smoking in popular films. *Tob Control* 2005 Jan 1;14:7-9.
6. Villalbí JR. El tabaco como problema de salud pública. En: Cabasés JM, Villalbí JR, Aibar C, editors. *Informe Sespas 2002. Invertir para la salud. Prioridades en salud pública*. Artes Gráficas Soler; 2002. p.113-29.
7. World Health Organization. *Bollywood Victim or ally: A study on the portrayal of tobacco in Indian cinema*. India: World health Organization; 2003.
8. World Health Organization. *World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control*. World Health Organization, Geneva; 2003.
9. Sargent JD, Tickle JJ, Beach ML, Dalton MA, Ahrens MB, Heatherton TF. Brand appearances in contemporary cinema films and contribution to global marketing of cigarettes. *Lancet* 2001;357:29-32.
10. Worth KA, Dal Cin S, Sargent JD. Prevalence of smoking among major movie characters: 1996-2004. *Tob Control* 2006;15:442-6.
11. Piñuel Raigada JL. Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido. *Estudios de sociolingüística* 2002;3(1):1-42.
12. Shields DLL, Carol J, Balbach ED, McGee S. Hollywood on tobacco: how the entertainment industry understands tobacco portrayal. *Tob Control* 1999 Jan 1;8:378-86.
13. Stockwell TF, & Glantz SA. Tobacco use is increasing in popular films. *Tob Control* 1997 Jan 1;6:282-4.

## Mesa de comunicaciones 19 Bilingüe :Práctica clínica /Clinical Practice

### AUTOR/ES:

1P. Isla Pera, 2J. Moncho, 3O. Guasch, 4M. Jansà, 4M. Vidal, 5R. Insa, 5P. Gruat, 4-6A. Torras.  
1: Enferm. S. Pública. Universitat de Barcelona (UB), 2:EUE. Universidad de Alicante, 3: Facultat Sociologia.(UB),4:Hosp.Clínica Barcelona,5:Hosp. Bellvitge, 6: Facultat de Medicina. (UB)

### TÍTULO:

Conocer la experiencia de ser sometido a un trasplante de órganos

### TEXTO DEL TRABAJO:

1.Introducción: La nefropatía diabética (ND) es una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad prematura en pacientes con diabetes mellitus. Diferentes estudios demuestran que el control de la glucemia es fundamental para prevenir la aparición de complicaciones crónicas pero no existe ningún fármaco capaz de mantener una normoglucemia permanente. El trasplante de páncreas es, actualmente, el único recurso terapéutico que puede conseguir un estado euglicémico y normalizar la hemoglobina glucosilada (HbA1) por lo que, desde un punto de vista ideal, se debería realizar al inicio de la enfermedad, para curar la diabetes y eliminar el riesgo de complicaciones. Sin embargo, no se hace por considerar que el riesgo operatorio y el tratamiento inmunosupresor, no justifican los hipotéticos beneficios del trasplante. La forma más común de trasplante pancreático es la que se efectúa simultáneamente con el trasplante renal (Tx SPK) en pacientes diabéticos con insuficiencia renal terminal (IRT), que son candidatos a un trasplante renal, ya que el tratamiento inmunodepresor es necesario tanto si se realiza un trasplante doble como sólo renal. Muchos estudios han demostrado la eficacia clínica del Tx SPK pero las mejoras clínicas y biológicas resultan insuficientes para conocer los cambios producidos en la vida de los afectados. En los últimos años ha cobrado fuerza el análisis de la percepción subjetiva del paciente en relación con su calidad de vida (CV) pero los instrumentos para medir la CV tienen limitaciones debido a la dificultad de conocer variables físicas, psicológicas y funcionales que son complejas mediante una valoración numérica simple y también a la dificultad de poder ser lo suficientemente flexibles para poder adecuarse al contexto concreto en el que el paciente vive con su enfermedad. Por este motivo se planteó el presente estudio cualitativo. Este trabajo no pretende encontrar conclusiones generalizables ni soluciones definitivas sino ofrecer una perspectiva global de esta realidad a partir de la observación y del conocimiento de las múltiples dimensiones presentes en la vida de las personas con DM1 y ND que, directa o indirectamente, se ven afectadas por la enfermedad y por la práctica médica.

2.Objetivos. General: Conocer y comprender la experiencia de someterse con éxito a un Tx SPK. Objetivo específico: Conocer las transformaciones personales, familiares y sociales posteriores al Tx SPK.

3. Métodos: Se realizó una etnografía enfocada que combinó observaciones realizadas en el entorno institucional e informaciones recogidas mediante entrevistas en profundidad de los pacientes, familiares y profesionales implicados. Se llevó a cabo un muestreo intencional y razonado formado por 10 pacientes con Tx SPK, 10 pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) e IRT en tratamiento renal sustitutivo (TRS) con diálisis y en lista de espera de trasplante, 10 cuidadores principales y 12 profesionales sanitarios (seis médicos y seis enfermeras). Con las primeras cinco entrevistas se realizó un estudio exploratorio para comprobar si el guión proporcionaba la información buscada y para valorar los problemas de acceso a la información. Para que la entrevista fuera lo más abierta posible se inició con una pregunta de carácter general que daba pie al entrevistado para hablar sobre la temática del bloque. La entrevistadora introducía preguntas o intervenía con el objeto de profundizar en las informaciones u opiniones pero permitía y facilitaba que el entrevistado se expresase libremente y respetaba el énfasis puesto en el aspecto que él consideraba importante. Los datos de la observación se registraron en un cuaderno de campo y las entrevistas se grabaron en cinta magnetofónica previa autorización de los informantes y se transcribieron literalmente. El trabajo de campo tuvo una duración de un año y medio. (septiembre 2003-abril 2005). Se abandonó cuando se consideró que la información obtenida era suficiente para asegurar el rigor de la investigación en suficiencia y adecuación de datos. Para el análisis de los datos se siguió el Esquema General de Análisis de Datos Cualitativos propuesto por

Miles y Huberman: reducción de datos, presentación y transformación de datos y obtención de resultados. Se realizaron lecturas de todo el material obtenido con el objeto de tener una visión de conjunto que asegurase un buen proceso de categorización. Para la reducción de datos se seleccionaron las palabras o frases que aportaban una mejor información sobre los diferentes puntos de vista; se buscó el significado que tenían para los informantes y se categorizaron y codificaron los datos. Se dividió el contenido de la entrevista en porciones o unidades temáticas y se codificaron con un número y una letra. El número correspondía a la categoría y la letra a subcategorías o matices que se analizaron posteriormente con una visión de conjunto. Para la presentación y transformación de los datos se construyeron mapas cognitivos que sirvieron de ayuda para seleccionar e interrelacionar los conceptos y categorías más relevantes. Finalmente, para la obtención de resultados se organizaron las secciones con un esquema secuencial narrativo y explicativo. Los conceptos teóricos se expresan de forma narrativa incluyendo textos textuales de las entrevistas para verificar la relación entre los conceptos o categorías y los datos. Se relacionan los conceptos obtenidos con conocimientos científicos relacionados con la enfermedad y los tratamientos y otras teorías científicas relacionadas con los hallazgos. Con la finalidad de mejorar la validez del estudio se realizó un feedback con las personas entrevistadas y se discutieron los resultados con los miembros del equipo.

4.Resultados: Algunos médicos informaron al paciente de la posibilidad del Tx SPK cuando el paciente entró en fase de insuficiencia renal (IR) pero en muchos casos el enfermo fue informado de forma súbita, cuando comenzó el TRS y esto le provocó sentimientos ambiguos. Aparte del miedo a la intervención y al posible rechazo de los injertos, el trasplante enfrenta a la persona con creencias históricamente elaboradas sobre el significado de la vida y de la muerte y el sentido de trascendencia después de la muerte pero, por otra parte, el Tx SPK es la solución idealizada para terminar una larga experiencia de sufrimiento físico y psicológico provocado por la DM1 y por la aparición y progresión de las complicaciones crónicas. Para los enfermos, el Tx SPK significa recuperar la "salud" y la libertad, poner fin al dolor y no depender de una máquina de diálisis ni de la insulina para seguir viviendo. Tras ser informado de la posibilidad de ser transplantado y aceptar la propuesta, el enfermo debe someterse a numerosas y complejas pruebas que determinan su aptitud como receptor. La espera de resultados genera ansiedad e incertidumbre en el paciente y en la familia. La confirmación como apto y la incorporación a la lista de espera aumentan la esperanza pero también crean ansiedad y culpa por vivir pendiente de una llamada que puede producirse en cualquier momento del día o de la noche y por desear que la espera acabe, ya que eso supone esperar la muerte de una persona: "Siempre estás con el oído en el teléfono. ¡Cuándo suena el teléfono!,Y sobre todo si suena por la noche, porque a casi todos los llaman de noche. Hay noches que me despierto y no sé si ha sonao y le pregunto a mi mujer ¿Ha sonao el teléfono?" (hombre de 38 años en TRS). La aventura del Tx SPK es como un ritual de paso. Si la intervención tiene éxito, el enfermo experimenta cambios físicos, psicológicos y sociales que transforman su vida y también, su filosofía de vida. Para definir la nueva situación, los enfermos utilizan las palabras milagro, renacer o revivir. Los enfermos saben que el tratamiento inmunosupresor tiene riesgos para la salud. Normalmente los definen como medicamentos fuertes que tienen efectos secundarios pero minimizan los riesgos porque valoran más la CV presente que el riesgo de complicaciones en un futuro lejano.Todos los enfermos con Tx SPK, confirman que han experimentado una mejoría espectacular.Han recobrado la "salud" y también, la alegría, las ganas de vivir, las relaciones sociales, y, en algunos casos, la capacidad sexual y reproductiva y la actividad laboral. Sin embargo, pese a la percepción de curación, después del Tx SPK, persisten, en mayor o menor grado, complicaciones de la DM1, complicaciones derivadas de la cirugía y del tratamiento y, en algunos pacientes, trastornos psicológicos. El enfermo con Tx SPK vive con dos órganos de un cadáver que pueden tener sexo y edad diferente al receptor. Todo esto ocasiona, en algunos pacientes, trastornos de ansiedad e identificación con el donante y con la familia del donante. La obsesión e ideas imaginarias sobre cómo será el donante, cuando y cómo morirá, como afectará la identidad del donante a la propia identidad y qué tipo de relación se establecerá con el donante, afectan en grado muy diferente a las personas entrevistadas. En algún caso existen creencias y mitos que generan mucho temor: "¡Claro que quiero hacerme el trasplante pero tengo miedo. Pienso que a lo mejor, después, cuando duerma, se me aparece y me toca" (Mujer de 50 años en TRS). Dubovsky, Metzner y Warner describen el síndrome de Frankenstein que consiste en la percepción que tienen algunos pacientes de haber sido reconstruidos con trozos de cadáveres y la

sensación de vivir con un cuerpo extraño que introduce algunos de sus rasgos en la identidad del receptor. El filósofo J.L. Nancy explica la confusión que se siente cuando uno lleva un órgano de una persona de otra edad: "Mi corazón es 20 años más joven que yo". El secreto que rodea la información sobre la donación hace que el enfermo y la familia no hablen con el equipo médico sobre estos problemas y los médicos también eluden este tema. Las enfermeras son los profesionales que mejor identifican los miedos y contradicciones del enfermo y de la familia pero estas tienen un papel tangencial en el proceso de trasplante limitado al cuidado durante el ingreso hospitalario. La mejoría experimentada por el enfermo después del Tx SPK es menos perceptible en la cuidadora. La mayoría de cuidadoras relata tener unos problemas de salud similares o peores a la situación pretrasplante.

5.Discusión: El Tx SPK funcionante proporciona un elevado nivel de satisfacción en los enfermos y en los profesionales sanitarios. La diferencia entre el antes y el después del Tx SPK origina que los enfermos minimicen los problemas postrasplante y que exista una percepción de curación. Para los profesionales médicos, el trasplante permite actuar sobre el cuerpo biológico y restituir unos órganos agotados por otros sanos y ello significa el triunfo de la medicina moderna y ratifica el prestigio y el poder médico. Los enfermos, que han experimentado con éxito la biotecnología más avanzada, confían en la ciencia médica y suelen ser muy dependientes del médico que siempre es su profesional de referencia. Esto no evita que algunos enfermos tengan una actitud crítica hacia la sanidad o hacia los profesionales pero las quejas son siempre externas a la Unidad de Trasplante. Sería necesario profundizar con otros estudios en las diferentes etapas del proceso del Tx SPK, realizar un seguimiento a largo plazo y realizar estudios específicos en las familias. También se debería mejorar la comunicación entre profesionales y usuarios y fomentar el papel de enfermería. Esto favorecería un conocimiento más profundo de los problemas, facilitaría una relación basada en la confianza, el pacto y la corresponsabilidad y facilitaría un abordaje biopsicosocial. La enfermera puede ejercer un papel más activo antes y después del Tx SPK en la atención y educación del paciente trasplantado y los cuidadores. Cuando se escucha la narrativa de los enfermos, de sus familias y de los profesionales, se hacen visibles los contenidos emocionales, sociales y culturales implícitos en la práctica asistencial cotidiana.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

- American Diabetes Association (ADA). Pancreas transplantation in type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27:S105
- Miles M, Huberman M. *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. Newbury Park, CA: Sage; 1994
- Allue, M. *Discapacitados. La reivindicación de la igualdad en la diferencia*. Barcelona: Bellaterra; 2003
- Canals Sala J. *El regreso de la reciprocidad*. Tesis Doctoral, 2002. Universitat Rovira I Virgili. Departament d'Antropologia, Filosofia I Treball Social; p. 135
- Colom Toldrà R. *Aprender a vivir : La construcción de la identidad de la persona con discapacidad física*. Tesis Doctoral, 1996. División de Ciencias Jurídicas, Económicas y Sociales. Dep. De Sociología y Metodología e las Ciencias Sociales. Universitat de Barcelona
- Colliere MF. *Promover la vida*. Madrid: Interamericana. 1993
- Comelles, J.M.; Martínez, A. *Enfermedad, cultura y sociedad*. Madrid: Eudema. 1993
- DCCT. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group (DCCT). The effect of intensive treatment of Diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1993 ; 329 : 977-986.
- Denzin, N.K., Lincoln, Y.S. Introduction: Entering the field of Qualitative Research. En: Denzin, N. K., Lincoln Y.S. *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks CA:SAGE, 1994; p. 1-19
- Esmatjes E., De Alvaro F., for the Estudio Diamante: Incidence of diabetic nephropathy in Type 1 diabetic patients in Spain: *Estudio Diamante, Diab Res and Clin Practice* 2002; 57:35-43
- Dubovsky, S., Metzner, J.L. y Warner, R.B. Problems with internalization of transplanted liver. *American Journal of Psychiatry* 1979; 136: 1090-1091.
- Nancy J.L. *L'Intrus*. Paris: Galilée ; 2000. p:34
- Ricart MJ. *Trasplante de páncreas-riñón*. *Nefrología*, 2001; XXI (3) 108-111
- Proyecto financiado por el FISS dentro del programa de promoción y fomento de la investigación biomédica y en ciencias de la salud 2004-2006 (EXPT: P1041210).

**AUTHOR/S:**

FARIBA BOLOURCHIFARD ; Mehryar Yoldashkhan ; Niloofar Pashai

**TITLE:**

The effects of antiseptic solutions and surgical hands scrubbing

**TEXT:**

Although the importance of hands for the transmission of infectious disease was not demonstrable prior to the nineteenth century ,when medicine began to adopt scientific ways of thinking ,an idea of their role must have existed long before the Hungarian obstetrician Ignaz Phillip Semmelweis made his analytical observations on the horrible spread of puerperal fever, which caused maternal mortality rates of up to 18% in some months at a Vienna lying in hospital in 1846 (1).Hand washing is without doubt the most important intervention in the control of cross-infection. How ever many healthcare staff does not comply with the procedure. One of the factors that contribute towards this is lack of adequate and appropriate hand washing facilities (2).The surgical scrub is the process of removing as many micro organisms as possible from the hands and arms by mechanical washing and chemical antiseptics before participating in a surgical procedure. The surgical scrub is done just before gowning and gloving for each surgical procedure .Despite the mechanical action and the chemical antimicrobial component of the scrub process, skin never rendered sterile (3).

Three groups of microorganisms may be distinguished on the skin: resident flora, transient flora and infectious flora(4).In freeing the skin of as many micro organisms as possible, two processes are used:

1. Mechanical .The process removes soil and transient organisms with friction.
2. Chemical .The process reduces resident flora and inactive micro organisms with an anti microbial or antiseptic agent (i.e., an inorganic chemical compound that inhibits growth of micro-organisms without necessarily killing them) (3).

The purpose of the surgical scrub is to remove soil, debris, natural skin oils, hand lotion, and transient micro organisms (They acquired by direct contact .Usually loosely attached to the skin surface.They are almost completely removed by thorough washing with soap or detergent and water) from the hands and forearms of sterile team members for the duration of an operation(5).More specifically, the purposes are as follows:

- \*To decrease the number of resident micro organisms on skin to an irreducible minimum.
- \*To keep the population of micro organisms minimal during the surgical procedure by suppression of growth.
- \*To reduce the hazard of microbial contamination of the surgical wound by skin flora. (3)

Agents for surgical hand disinfection must, however, be active against the resident flora and bacteria associated with surgical site infection(6).Various anti microbial (antiseptic) detergents are used for the surgical scrub. The following are characteristics of the scrub agents:

- \*Broad-spectrum antimicrobial
- \*Fast acting and effective
- \*No irritating and no sensitizing
- \*Prolong acting (i.e., leaves an antimicrobial residue on the skin to temporarily prevent growth of micro organisms)
- \*Independent of cumulative action (3)

Povidone-iodine is commonly used as a antiseptic solution for surgical hands scrubbing .Decosept is an alcoholic preparation with a fast microbicidal effect .It used for hygienic hand disinfection in hospital (6).

The purpose of this study was to determine which of the two types of antiseptic solutions; povidone-iodine and decosept are the effective types to remove micro organisms from health care professionals' hands. This research is a clinical trial that has been conducted to comparing the effects of two types of antiseptic products (povidone-iodine and decosept) on surgical wound infection in the educational hospitals, attached to the medical universities in Tehran-Iran. Total samples were 30 patients that each one was two group's case and control for her/himself. Subjects used scrub technique (but were not trained in this technique because it was in current use in the study hospital). Two scrub protocols were compared. The first was a traditional surgical hand washing (the antiseptic solution Povidone-iodine) which was the antiseptic product used in the study hospital. The second (case group) was an investigational product decosept. A sterile antiseptic solution was applied to hand washing with 5 ml solution in 1 minute scrub for 3 times (total: 15 ml in 3 minutes). Pre and post scrub sampling was plated, using a spread plate technique, on to the agar media. All plated were observed for growth for bacteria and yeast. (The countable range of hands for gram-negative bacilli and gram-positive bacilli, gram-negative cocci and gram-positive cocci and yeast). Descriptive and inferential statistical methods were used for purpose of data analysis showed that the two types of antiseptic solutions are effective to reduce in microbial counts include gram-negative bacilli, gram-positive cocci, and yeast on hands. There were no significant correlation between the effects two types of antiseptic solutions; the povidone iodine and the decosept. . According to the results of this research, the two types of antiseptic solutions; the povidone iodine and the decosept are the effective types to remove microorganisms from health care professionals' hands .

#### **BIBLIOGRAPHY:**

1. May hall, C Glan . Hospital Epidemiology & Infection Control. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins (1999).
2. Maibach HI, Hildick-Smith G . Skin Bacteria and Their Role in Infection. New York, Sydney, Toronto, London: McGraw-Hill. 1993.
3. Fortunato ., Nancy Marie Howard . Berry & Kohn's operating room technique. 9th ed . USA: Mosby; 2000: 237-255 .
4. Blank IH. Survival of bacteria on the skin . In: Maibach HI, Hildick-Smith G, eds. Skin Bacteria and Their Role in Infection. New York, Sydney, Toronto, London: McGraw-Hill, 1995: 43-47.
5. Lowbury EJL, Lilly HA, Bull JP. Disinfection of hands: removal of transient organisms. Br Med J 1994; 2: 230-233.
6. Niccletti, G & et al . Hygienic hand disinfection: A comparative study with chlorhexidine detergents and soap. Hosp. Infect. 15(4). pp: 323-37. 1990.



**AUTOR/ES:**

Alcahud Cortes C, Corcoles Jiménez P, Gonzalez Alvarez T, Iglesias Mier T, Laserna Ibáñez F, Lázaro Castañer C, Sánchez Córcoles D.

**TÍTULO:**

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA VARIABILIDAD DE LA TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN DE LA HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR EN EL C.H.U.A.

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**INTRODUCCION:** La administración de la heparina de bajo peso molecular (HBPM) puede producir complicaciones locales de diversa consideración, desde equimosis o hematomas superficiales, hasta importantes hematomas de pared con graves repercusiones hemodinámicas para el paciente. Hay múltiples factores de riesgo que intervienen en la aparición de complicaciones locales tras la administración de HBPM, y muchos de ellos se relacionan con la técnica de administración. **OBJETIVO:** Identificar la posible variabilidad en la práctica clínica en cuanto a la técnica de administración de HBPM entre los profesionales de Enfermería del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, y su adecuación a las recomendaciones existentes. **METODOLOGIA:** Estudio observacional, descriptivo y transversal. Para determinar la técnica utilizada por los profesionales de Enfermería para la administración de HBPM, se realizó una encuesta escrita, anónima y autocumplimentada, de respuestas múltiples cerradas, entre las enfermeras del área de encamación, unidades de críticos y urgencias (388 profesionales). El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS.10, incluyendo análisis descriptivo con frecuencias absolutas y relativas en las variables cualitativas y medidas de tendencia central y de dispersión en las cuantitativas, y análisis bivalente mediante t de Student, estableciendo el nivel de significación para valores de  $p < 0,05$ . **RESULTADOS:** Hubo un 25% de no respuesta. La edad media de las enfermeras encuestadas fue de 38,11 años (IC 95%: 37,12 – 39,11) y con 13,62 años de experiencia (IC 95%: 12,71 – 14,53). El 73,3% de ellas informan siempre antes de realizar la técnica, un 27% no recomiendan ningún cuidado posterior. En cuanto a la técnica, casi un 10% retira siempre el aire de la jeringa precargada y un 17,2% a veces o nunca inyecta la burbuja de aire. La mayoría inyecta en la zona periumbilical lateral. Cuando existen lesiones previas, un 69,5% sigue inyectando en abdomen evitando la zona de lesión. Hay un 20,4% que no realiza pliegue y casi un 40% no lo mantiene mientras inyecta. En cuanto al ángulo de inserción de la aguja, un 21,2% lo realizan a 45° y un 7% dice que no importa. Un 14% de las enfermeras aspiran siempre antes de inyectar y un 60% inyectan rápidamente. Se aprecian diferencias estadísticamente significativas en la media de edad y tiempo de experiencia profesional con los errores en cuanto a la información posterior y en la técnica (retirada de burbuja de aire y aspiración antes de inyectar). **CONCLUSIONES:** Aunque se trata de una técnica sencilla y bien sistematizada, se aprecia variabilidad en varios aspectos que podrían relacionarse con la aparición de complicaciones locales. Sería necesario revisar los conocimientos en cuanto a la técnica, especialmente en los profesionales de mayor edad y experiencia.

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. GUÍAS de actuación CLÍNICA de la sociedad española de cardiología. Revista española de cardiología.1999; 52:
2. (Superior Yield of the New strategy of Enoxaparin, Revascularization and Glycoprotein IIb/IIIa Inhibitors ) Enoxaparina frente a heparina no fraccionada en el infarto sin elevación de ST Comunicado en el 53º Congreso del American College of Cardiology
3. AMI-SK (Improved Reperfusion and Clinical Outcome With Enoxaparin as an Adjunct to Streptokinase Thrombolysis in Acute Myocardial Infarction)
4. Estudio HART-II: ensayo aleatorio controlado con placebo sobre la utilización de heparina de bajo peso molecular junto a trombolisis con t-PA y aspirina en pacientes con infarto agudo de miocardio. Comunicado en el 49º Congreso del American College of Cardiology, Anaheim Marzo 2000.
5. B.Benito, M.Massoti, A.betriu. Avances en el tratamiento farmacológico coadyuvante en la intervención coronaria. Rev.Esp.Cardiología.2005; 58:729-743
6. H.Bueno. Elección del tratamiento antitrombótico en pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST de alto riesgo. Rev.Española de cardiología.2005; 5:40-46.
7. E.M.Antman. Presente y futuro del tratamiento antitrombótico en el síndrome coronario agudo. Rev.Esp. De Cardiología.2003; 56:115-120.
8. M.J.Gómez, M.A. Martínez, I.García ¿CÚAL ES L TÉCNICA idónea apara disminuir las complicaciones locales secundarias a l administración subcutánea de Enoxaparina? Ensayo clínico aleatorizado. Enf.Clín.2005; 15 (6)329-334
9. Antonelli D, Fares L, Anene c. Enoxaparina associated with high abdominal wall hematomas, a report of two cases. Am.Surg. 2000; 66:797-80
10. Prospectos de Fraxiparina, Hibor y Clexane
11. G.Aguilera, G.Granados, M.T.Belmonte, M.J.Muñoz, F.aguilera, E. del Rocio.Administración de heparinas de bajo peso molecular y aparición de hematoma.
12. Garrido IM, López L, Seda J. Heparinas de bajo peso molecular. Cambios en la técnica de administración. Rev. Rol Enferm.

## Mesa de comunicaciones 20 (Español):Cuidados de salud maternas

### AUTOR/ES:

Emilio José Becerra Maya

### TÍTULO:

Adhesivo tisular comparado con sutura subcutánea en el cierre cutáneo de la episiotomía.

### TEXTO DEL TRABAJO:

#### INTRODUCCIÓN

El método óptimo de reparación de la episiotomía es un tema controvertido que suscita el interés de obstetras, matronas y público en general. Tres son los factores que influyen según Grant (1) en la correcta reparación del periné: el material, la técnica y la habilidad del profesional que la realiza.

La evidencia actualmente disponible considera las suturas sintéticas de absorción rápida poliglactínico 910 rapide (Vicryl rapide), el material más apropiado para la reparación perineal al asociarse con menos dolor, menos dehiscencia y menos retirada de sutura que con el poliglactínico 910 estándar(2),(3),(4).

La técnica de sutura del trauma perineal puede tener un efecto importante en la morbilidad materna tanto a corto como a largo plazo. La evidencia actualmente disponible recomienda el "método Fleming" (sutura continua de todos los planos, mucosa vaginal, músculo y subcutánea de piel con un solo hilo), al asociarse con menos dolor que el "método estándar", (sutura continua de vagina, interrumpida de músculo e interrumpida de piel) (2),(5).El beneficio del método de Fleming respecto de la técnica interrumpida es la ausencia de nudos y de trauma en la superficie cutánea.

En cuanto a la dificultad en su ejecución, el método subcutáneo se considera técnicamente más difícil que el método interrumpido.El empleo de nuevos materiales como son los adhesivos tisulares en el cierre de heridas quirúrgicas es cada vez más frecuente, los más utilizados son los ésteres cianoacrílicos que presentan un importante poder adhesivo.Los estudios referidos al empleo de adhesivos tisulares en la reparación perineal son escasos (6),(7).

El presente trabajo tiene como objetivo general, evaluar la eficacia del 2-Octilcianocrilato (Dermabond®) comparado con el poliglactínico 910 rapide (Vicryl rapide) en la reparación de la episiotomía según la técnica de Fleming tras parto vaginal espontáneo. La introducción del adhesivo tisular en la técnica de Fleming persigue disminuir aún más el trauma cutáneo. Ambas técnicas fueron realizadas por el mismo profesional con experiencia en la técnica de Fleming teniendo como objetivos específicos: a) Comparar la magnitud de la diferencia de dolor entre ambas técnicas a las 24 y 48 horas posparto en la deambulación, sedestación, micción y defecación, b) Evaluar el proceso de cicatrización en ambas técnicas a las 24, 48 horas y primera visita posparto, c) Comparar el tiempo de ejecución de ambas técnicas, d) Satisfacción de la mujer con la técnica realizada, e) Desaparición de las molestias, f) Cálculo del tamaño muestral.

#### MATERIAL Y MÉTODO

El estudio fue realizado en la Fundación Hospital Alcorcón y aprobado por su comité de ética. Se incluyeron mujeres primíparas con presentación cefálica, analgesia epidural y seguimiento del embarazo en el Área Sanitaria 8. Los criterios de exclusión fueron, el parto vaginal instrumental, no conocer el idioma español, padecer dermatitis alérgica, hemorroides externas, diabetes, edad <16 y >40 y negativa a participar en el estudio.

Se incluyeron mediante muestreo consecutivo las gestantes que ingresadas en el bloque obstétrico en trabajo de parto, fueron asignadas a la matrona que realizó el estudio (dicha asignación es aleatoria se establece al inicio de la jornada laboral entre las matronas que conforman un turno de trabajo). A las gestantes asignadas a dicha matrona y que cumplan los criterios de inclusión se les explicó verbalmente y por escrito el motivo del estudio firmando el consentimiento si ese fuese su deseo.

La asignación de la técnica a realizar fue aleatoria ocultándose en sobres opacos cerrados, preparados por personal independiente y en los que se incluyó el término SUTURA o ADHESIVO. Tras la expulsión fetal espontánea, habiéndose realizado episiotomía se seguirán los siguientes pasos:

- 1º. Sutura continua de la mucosa vaginal y plano muscular con el mismo hilo Vicryl 2/0.
- 2º. A falta solo de la sutura de la piel se medirá por el personal auxiliar.
  - a. Longitud de la episiotomía. en milímetros.
  - b. Separación máxima de bordes en milímetros.
- 3º. Apertura (por el personal auxiliar) del sobre en el que se indica la asignación de la técnica que se utilizará en el cierre de la piel, ocultando a la mujer la técnica utilizada. Si la asignación fuese la sutura se continuará con el mismo hilo en el cierre de la piel. Si la asignación fuese el adhesivo se anuda en vagina la sutura y se cierra piel con adhesivo.
- 4º. Cronometraje del tiempo de realización de la técnica en minutos.

Las variables resultados más importantes fueron el dolor a la deambulación, sedestación, micción y defecación a las 24 horas y 48 horas postparto para medirlo se utilizó la escala analógica visual (EAV) así como la aparición de dehiscencia, hematoma y eritema a las 24 y 48 horas posparto valorado por el personal de enfermería de la planta de hospitalización y en la primera visita postparto por la matrona del centro y finalmente el tiempo de realización de ambas técnicas.

La satisfacción materna (0-10) así como el día postparto de la completa desaparición de las molestias, se realizó mediante consulta telefónica.

Las pruebas estadísticas utilizadas fueron la prueba del Ji cuadrado para la comparación de proporciones y la t Student y test exacto de Fisher, cuando se han cumplido los supuestos de normalidad comprobados mediante el test de Levene Todos los cálculos se realizaron con el programa estadístico SPSS 10.0.

#### RESULTADOS

Fueron reclutadas 71 primíparas de las que 20 no reunieron los criterios de inclusión, 3 rehusaron participar y 13 fueron excluidas por otras razones (fuera del área). Se aleatorizaron 35 asignándose 18 mujeres al grupo de sutura y 17 al adhesivo, hubo una pérdida en el seguimiento en el grupo de sutura y 2 excluidos del análisis, uno en cada grupo, al diagnosticarse punción dural. Los análisis realizados fueron sobre 32 mujeres, 16 en cada grupo y se hizo por intención de tratar.

Las características de ambos grupos no presentaron diferencias que cuestionasen su comparabilidad. Las más importantes fueron: edad media (rango), grupo sutura 29 (26-35), grupo adhesivo 30 (22-38); peso medio del recién nacido (DE) en gramos, grupo sutura 3406g (418,8), grupo adhesivo 3253g (371,04); longitud media de la episiotomía (DE) en milímetros, grupo sutura 38mm (9,8), grupo adhesivo 40,13mm (4,8); separación media de bordes (DE) en milímetros, grupo sutura 8 mm (1,9), grupo adhesivo 9 mm (1,66).

Los resultados a las 24 horas del parto no mostraron diferencias significativas en las puntuaciones de la EAV entre ambas técnicas: sedestación (p=0,14), deambulación (p=0,51), micción (p=0,17), defecación (p=0,52).

Las mujeres tratadas con adhesivo tisular frente a las mujeres tratadas con sutura subcutánea, presentan al alta hospitalaria menos dolor durante la defecación longitud media (DE) en mm del EAV adhesivo 1,43 mm (3,78), (p = 0,02) frente a 19,09 mm (21,42), (p=0,02). No existe diferencias significativas en sedestación (p=0,18), ni a la deambulación (p=0,11). El tiempo medio (DE) en segundos de realización del cierre cutáneo con el adhesivo es menor que el empleado con la sutura, 77,31 seg. (46,04) frente a 290,06 seg. (102,26), ( p <0,0001). No hubo ningún caso de dehiscencia de sutura, eritema o supuración en ninguno de los grupos en la evaluación a las 24 horas, 48 horas y 7 a 10 días posparto. Hubo un caso de hematoma en el grupo del adhesivo que necesitó anestesia local durante la episiorrafia. La satisfacción media (DE) respecto de la técnica empleada fue alta en ambos grupos, sutura 9,40 (0,632), frente al adhesivo 9,16 (0,981), (p=0,48). La desaparición media de las molestias (DE) en días fue más rápida en el grupo del adhesivo 8,81 días (3,1) frente a la sutura 10,73 días (5,9) sin llegar a ser significativa (p=0,28). El material consumido fue en el grupo sutura 1 Vicryl 2/0 y el grupo adhesivo 1 Vicryl 2/0 + 1 adhesivo

## DISCUSIÓN

Este estudio presenta algunas diferencias respecto de los previos (6),(7) en cuanto al material y la técnica utilizada así como en el método de aleatorización. El pequeño tamaño muestral constituye su principal limitación, de ahí que convenga interpretar con precaución los resultados obtenidos. Sin embargo dos características del adhesivo conviene resaltar: la sencillez de aplicación que contrasta con la dificultad de la técnica subcutánea, puede que influya en la satisfacción del profesional, y la rapidez en su ejecución también puede que influya tanto en la satisfacción del profesional como de la paciente sobre todo cuando el procedimiento se realiza bajo anestesia local.

Este estudio preliminar nos permite calcular un tamaño muestral con suficiente potencia estadística, y así si tenemos en cuenta la desviación estándar (DE) 25,38 del dolor en el grupo de la sutura, un descenso clínicamente eficaz de 15 mm, un riesgo del 0,05 y un poder del 80% para detectar diferencias si es que existen, precisaremos 45 mujeres por grupo. El tamaño muestral ajustado a unas pérdidas del 20% pasaría a ser de 58 mujeres en cada grupo, es decir un tamaño muestral de 106 mujeres.

Es importante poder corroborar las diferencias detectadas como ventajas en cada una de las técnicas, aunque no llegasen a ser estadísticamente significativas posiblemente por falta de potencia estadística, la sutura presenta, menos dolor a la deambulación y sedestación, mientras que el adhesivo se relaciona con menos dolor en la micción.

Sería de interés poder ampliar el estudio a la reparación de desgarros perineales de 2º grado así como la participación de profesionales con diferente experiencia incluyendo matronas residentes, y considerar la satisfacción del profesional como variable resultado.

El adhesivo tiene un mayor coste económico lo que implica demostrar una superioridad significativa en términos de cicatrización y satisfacción de la mujer del adhesivo frente a la sutura.

## CONCLUSION

Este estudio preliminar sugiere que el adhesivo tisular es un método sencillo y rápido que puede utilizarse para el cierre cutáneo de la episiotomía y puede que contribuya a disminuir las molestias en el posparto inmediato en mujeres que han tenido su primer parto con episiotomía

## BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Grant AM. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC, editor(s). Effective Care In Pregnancy and Childbirth. Vol 2, Oxford: Oxford University Press;1989.p.1170-81.
- (2) Kettle C, Johanson RB. Absorbable synthetic versus catgut suture material for perineal repair (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. Search date 1999; primary source Cochrane Pregnancy and Childbirth Group Trials Register.
- (3) Gemynthe A, Langhoff-Roos J, Sahl S, et al. New Vicryl formulation: an improved method of perineal repair?. Br J Midwifery. 1996;4:230-234.
- (4) Mc Elhinney BR, Glenn DRJ, Harper MA. Episiotomy repair: Vicryl versus Vicryl rapide. Ulster Med J. 2000;69:27-29.
- (5) Kettle C, Hills RK, Jones P, Darby L, Gray R, Johanson RB. Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: a randomised controlled trial. Lancet. 2002;359:2217-2223.
- (6) Adoni A, Anteby E. The use of Histoacryl for episiotomy repair. Br J Obstet Gynaecol 1991;98(5):476-478.
- (7) Bowen SL, Selinger M. Episiotomy closure comparing enbucrilate tissue adhesive with conventional sutures. Int J Gynaecol Obstet. 2002 Sep;78(3):201-5.

**AUTOR/ES:**

M<sup>a</sup> Jesús Montes Muñoz

**TÍTULO:**

Sobrevivir al parto. Experiencias de maltrato institucional

**TEXTO DEL TRABAJO:**

- Introducción

Por maltrato institucional entiendo (1) cualquier norma, procedimiento, actuación procedente de los poderes públicos o bien derivada de la actuación individual de profesionales que comporta abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, o que viole los derechos básicos de las personas.

- Objetivo: Recoger y caracterizar las formas de maltrato que se dan a las mujeres en la asistencia profesional a sus partos.

- Método: La metodología utilizada es la cualitativa y las técnicas para la obtención de los datos han sido la entrevista en profundidad y la observación participante. A través de la entrevista se recogió el relato de diez mujeres, ocho de las cuales se captaron de forma aleatoria en las consultas de la Seguridad Social y las otras dos a través de redes informales. La observación se realizó en salas de dilatación y partos tanto en hospitales de la Seguridad Social, como concertados y privados. Las variables fueron: edad entre 25 y 35 años, primera gestación y pareja estable. La investigación se llevó a cabo en Tarragona durante los años 2003/06.

- Resultados: Las formas de maltrato relatadas por las mujeres son como consecuencia del uso de los espacios médicos y las relaciones jerárquicas que se establecen en ellos. Hay que considerar que todos los sujetos que comparten un mismo espacio están "sometidos a condicionamientos semejantes y tienen todas las posibilidades de tener disposiciones o intereses semejantes, de producir, por lo tanto prácticas semejantes" (2). En un sistema médico jerárquico y asimétrico, las comadronas están sujetas a las decisiones de los/as médicos y el personal auxiliar a las de ambos, con lo que es habitual estos/as profesionales reproduzcan el modelo de actuación y defiendan los intereses que se imponen desde las jerarquías más altas. Así, el maltrato institucional puede ser ejercido y/o tolerado desde cualquiera de los/as profesionales sanitarios.

Las mujeres pueden sentirse maltratadas cuando en las relaciones con los/as profesionales llega a anularse su condición de sujetos sociales. Esto se ha dado de la siguiente manera:

a) Aislamiento normativo

Las mujeres pueden verse privadas de la compañía de un familiar permaneciendo solas en el espacio médico y, en la mayoría, es causa de temor o hasta una experiencia traumática para ambos miembros de la pareja: "No se, esa sensación de no estar con mi marido me daba mucha inseguridad y miedo. Yo constantemente llamaba a mi marido: ¡que entre, por favor...! Y al doctor ¡por favor doctor! Que es la ilusión de mi marido, doctor...". Finalmente no se le permitió entrar.

Aunque teóricamente toda persona usuaria del hospital tiene derecho a ser acompañada por un familiar, en el parto se ha visto cómo en demasiadas ocasiones se les restringe la entrada sin un razonamiento que lo justifique, que está más relacionado con la voluntad o decisión del/a médico responsable del área. Así, algunas mujeres permanecieron solas durante todo el proceso.

b) Promoción de la aceptación y obediencia

Como también demostraron Castro y Erviti (2002) (3), las mujeres desde su ingreso reciben mensajes de forma directa o no sobre la conveniencia de adaptarse a las normas y someterse a las indicaciones del personal sanitario. "Me dijeron que me dejase llevar por las decisiones que ellos tendrían que tomar en el sentido de que no pusiera problemas ¡Que me dejara llevar! Me lo dijeron tanto las comadronas como el médico". Otra mujer ante el nacimiento inminente gritaba y hacía ruidos. La auxiliar, también gritando le dice: "¡Cállese que está poniendo nerviosa a la doctora. Si se pone nerviosa ya veremos como nace su hijo!". En la promoción de la obediencia se utiliza en no pocas ocasiones la amenaza casi siempre directa sobre el bienestar fetal. Frases como: "Es por el bien de tu hijo" inducen a las mujeres a la sumisión y acatamiento de las órdenes.

tanto las comadronas como el médico". Otra mujer ante el nacimiento inminente gritaba y hacía ruidos. La auxiliar, también gritando le dice: "¡Cállese que está poniendo nerviosa a la doctora. Si se pone nerviosa ya veremos como nace su hijo!". En la promoción de la obediencia se utiliza en no pocas ocasiones la amenaza casi siempre directa sobre el bienestar fetal. Frases como: "Es por el bien de tu hijo" inducen a las mujeres a la sumisión y acatamiento de las órdenes.

#### c) Desvalorización de sus sensaciones e invalidación

Me refiero a la percepción del dolor. En general, la analgesia epidural está disponible para todas las mujeres pero, cuando sus efectos no responden a la intensidad o duración esperada, las mujeres, pueden tener dificultades en que sus demandas sean escuchadas: "¡Quejica! ¡No me digas que te duele! No te puede doler tanto. En vez de decir bueno, pues vamos a poner un poco más de anestesia local o algo ¡quejica!".

Otro de los dolores poco aceptado es aquel causado por el personal sanitario como consecuencia de las múltiples exploraciones puesto que, a las intervenciones consideradas terapéuticas, parece atribuírseles la propiedad del "no dolor": "Luego, cuando te hacen un tacto y te duele ¿Qué? ¿Qué te pasa? Como diciendo: esto no te ha de doler ¿no? que si te duele, te aguantas, que no lo expreses, que te calles".

Respecto al dolor y en sentido contrario al revisado hasta ahora, se dan situaciones en las que las mujeres se manifiestan contrarias al uso de analgésicos. Frases repetidas como "Esto no es una competición" o "No tienes que demostrar nada" van minando sus decisiones cuando no, se les administra alguno de estos medicamentos sin su permiso: "Entonces la anestesta me dijo: te voy a poner algo para que no te duela. Digo: si es esto, yo lo aguanto bien porque... más que dolor era una molestia. ¡No te quieras hacer la valiente! Y en esto me puso algo y me durmió justo cuando ella fue a nacer." Para esta mujer fue un trauma no estar consciente en el nacimiento de su hija y reforzado en que no se permitió la entrada a ningún familiar. Finalizó afirmando: "A las mujeres, no nos hacen caso".

#### d) Anulación cómo sujeto social

La presencia de las mujeres como sujetos sociales puede ser anulada de diferentes maneras. La una de forma directa: "Automáticamente me pusieron una vía y me dijeron: ahora te vas a sentir como si te hubieras tomado una copa de mas, te hemos puesto un relajante. Ya empecé a notar el efecto de sentirme como drogada... muy mareada. Me sentía que no era dueña de mi".

La otra, a partir de convertir a las mujeres en objetos de trabajo con las siguientes prácticas:

\* No presentarse. Las mujeres, con más frecuencia en los hospitales públicos, no conocen la mayoría de las veces el nombre ni el grado profesional de las personas por quienes es asistida. Estos/as entran y salen de la habitación sin dirigirse a ella, dando la sensación de su invisibilidad.

\* Falta de intimidad. La tendencia es dejar las puertas abiertas. La mujer permanece a la vista de quien transita por el pasillo, independientemente de la ropa o partes del cuerpo que la cubran. Tener los espacios abiertos parece ser una necesidad en las áreas médicas.

\* Cosificación. La mujer como objeto de trabajo puede sufrir exploraciones repetidas realizadas por diferentes profesionales que, como he apuntado, no se han presentado. Esta situación se da más en los hospitales universitarios justificado en el aprendizaje de los/as alumnos/as, pero no siempre.

#### e) Desvalorización de la participación de las mujeres

Que el parto es un asunto de expertos/as (4) parece ser asumido tanto por estos como por las mujeres. Los/as profesionales tienen un protagonismo incuestionable y las mujeres, aunque son las que paren, un rol secundario; el de "colaborar": "Me dijeron: ¡ahora tienes que colaborar, ahora depende de ti!". La poca colaboración o su ineficacia, justifican la realización de técnicas para la extracción de la criatura y a las mujeres les queda la percepción de inutilidad o culpa porque "creo que no sabía empujar bien" o "Tengo la sensación de que no hice nada".

#### f) Promoción de la infantilización y uso del engaño

Las relaciones descritas hasta ahora pueden ser acompañadas de procesos que sitúan a las mujeres como niñas a las que hay que premiar o castigar. Apelativos como "chata", "bonita" u otros, traen la imagen de una mujer empequeñecida y doblegada y pone de manifiesto el ejercicio de un poder vertical.

Episodios de engaños suelen darse de forma tan habitual, que difícilmente se reconocen como tal. Por ejemplo, en una de las mujeres del estudio su marido estaba lejos y no llegó a tiempo para el nacimiento. Le dijeron que "la niña tenía prisa por nacer" cuando se había puesto oxitocina a la madre. En otros relatos se justificó el uso del fórceps porque "el niño estaba torcido" y en realidad "luego vi que cuando salí yo entró otra. Creo que fueron las prisas... ¡pero que rabia!".

Por ejemplo, en una de las mujeres del estudio su marido estaba lejos y no llegó a tiempo para el nacimiento. Le dijeron que “la niña tenía prisa por nacer” cuando se había puesto oxitocina a la madre. En otros relatos se justificó el uso del fórceps porque “el niño estaba torcido” y en realidad “luego vi que cuando salí yo entró otra. Creo que fueron las prisas... ¡pero que rabia!”.

#### Discusión

Respecto a los aspectos que resaltan las mujeres, se refieren en su mayoría al trato recibido. Una vez finalizado el parto del que han salido indemnes relativizan las experiencias. En general, afirmaron que se sintieron bien tratadas, pero a lo largo del relato se sucedían imágenes mezcla de soledad, sentimientos de miedo, impotencia, vergüenza, abandono etc. Parece que los episodios de maltrato en el parto, puesto que no dejan huellas visibles, son aceptados socialmente como sucesos posibles. También, aún siendo verbalizado el maltrato recibido, prevaleció la tendencia –menos en una mujer– a justificar a los/as profesionales.

En la estructura de estas relaciones se pone de manifiesto la dinámica de la violencia simbólica que se ejerce desde el poder para mantener la dominación “en nombre de un principio simbólico conocido y admitido tanto por el dominador como por el dominado” (Bourdieu, 2000:12) (5). Y que es compartido por toda la sociedad. Es por esto que se hace difícil entender o aceptar el trato que reciben las mujeres como maltrato. Las expresiones con que nombraron sus sentimientos fueron: tristeza, sensación de fracaso, desvalorización, culpa, congoja e impotencia.

Una sugerencia para la reducción o anulación del maltrato es el establecimiento de relaciones tendentes a la horizontalidad. En este sentido, considero que se está haciendo un esfuerzo en aquellos centros que ha promovido o aceptado el “plan de parto”.

Sería interesante como segunda propuesta, promover investigaciones más amplias y profundas sobre las experiencias de las mujeres y las consecuencias que generaron para que, haciéndose público, se tome conciencia y se pongan soluciones. Finalmente, puesto que las comadronas son quienes permanecen más tiempo con las mujeres, debieran ser la garantía de apoyo y defensa de sus derechos siempre que se presentaran situaciones que así lo requieran.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

##### Bibliografía:

- 1) Asociación contra el Maltrato Institucional. Disponible en <http://www.maltratoinstitucional.org/marcoport.htm>. Revisada el 23 de mayo del 2007.
- 2) Bourdieu P. Cosas dichas. Barcelona. Gedisa. 1988
- 3) Castro R. Erviti J. La violación de los derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio. En Rico, Lopez y Espiniza (coords) Hacia una política de salud con enfoque de género. México: SSA-UNIFREM. 2002: 245-263.
- 4) Montes, M.J. Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. Tesis Doctoral del Departamento de Antropología Social y Filosofía de la Universidad Rovira y Virgili (Tarragona). 2007 Próxima publicación en el TDX.
- 5) Bourdieu P. La dominación masculina. Barcelona. Anagrama. 2000



**AUTOR/ES:**

Rodríguez Olalla, L, Muela-Martínez, JA, García-León, A, Ramírez Albín, M y Franzetty Olalla

**TÍTULO:**

Relación entre ansiedad y obesidad en mujeres embarazadas

**TEXTO DEL TRABAJO:****INTRODUCCIÓN:**

La Obesidad materna es un importante factor que influye en la evolución del embarazo, pudiendo aumentar las complicaciones tanto maternas (diabetes gestacional, hipertensión, aumento de cesáreas, etc.) como fetales (macrosomía, fracturas de clavícula, etc.) (1). Según los procesos de embarazo de la Junta de Andalucía del año 2002, se considera esta una gestación de Alto Riesgo Obstetrico, cuando su IMC es superior a 35. El embarazo normal se considera una situación estresante moderada (2) en la escala de Acontecimientos Recientes (3). Cuando a éste se le añade que es una gestación de alto riesgo, la ansiedad puede verse aumentada. Estas pacientes participan en un programa de Educación Sanitaria, impartido por la enfermera responsable de sus cuidados. Al realizarle la entrevista, previa a la información sobre el plan de alimentación a seguir(4), se observó que las pacientes manifestaban comer (5) más cuando estaban más ansiosas.

**OBJETIVOS**

1. Describir los factores de riesgo para la madre durante el embarazo cuando su IMC es superior a 35.
2. Conocer la relación existente entre la obesidad de la madre y el peso del recién nacido.
3. Conocer si el número de abortos que presentan las mujeres embarazadas obesas son equiparables a los de mujeres con embarazos normales o de alto riesgo.
4. Conocer si los niveles de ansiedad de mujeres embarazadas obesas son equiparables a los de mujeres con embarazos normales o de alto riesgo.
5. Conocer si la ansiedad que presentan las mujeres embarazadas obesas se relaciona con su IMC

**MÉTODOS**

De entre todas las mujeres embarazadas que acudieron a la Consulta de Alto Riesgo y a diversos centros de Salud de la provincia de Jaén para el parto durante el período 2002-2007, se escogieron al azar tres subgrupos de mujeres con: embarazo de alto riesgo (127 excluyendo las obesas), embarazadas obesas (81) y embarazo normal (94). Se emplearon la Escala de Ansiedad en Gestantes de Alto Riesgo (6) (EDAEGAR). Esta escala se confecciono partiendo de la hipótesis que la mujer embarazada de alto riesgo tenía una ansiedad mayor que la que cursaba un embarazada sin ninguna patología; en este estudio participo un grupo de estudiantes universitarios a los que se les pasó la escala 5 minutos antes de acudir a un examen. También se recogieron los datos del historial clínico de las mujeres embarazadas y de los registros de enfermería realizados durante el programa, pretendiendo este controlar el peso durante el embarazo y que adquieran conocimientos de hábitos saludables, considerando la importancia que tiene el entorno familiar y social que las rodea.

## RESULTADOS

1. Con el grupo de todas las mujeres embarazadas con IMC mayor de 35 (obesas), los datos muestran un mayor porcentaje de HTA (42% de obesas frente al 10% de las no obesas), un mayor número de diagnosticadas con DG (28% frente al 8% de las no obesas) y más cesáreas practicadas (33% frente al 16% de las no obesas).
2. Con el grupo de todas las mujeres embarazadas, existe relación entre si la madre es o no obesa y el centil del peso del recién nacido ( $RV2=10'063$ ;  $p=0'007$ ). Las mujeres obesas tienen menos hijos con normopeso que las no obesas (70% de las obesas frente al 88% de las no obesas) y más con bajo o alto peso que las no obesas (14% y 6% respectivamente en el primer caso y 16% y 6% respectivamente en el segundo).
3. Dentro de los grupos del estudio, hay diferencias significativas entre mujeres embarazadas de alto riesgo, embarazo normal y obesas en el nº de abortos ( $F2,301= 9'37$ ;  $p<0'000$ ). El grupo de embarazo normal y el de obesas presentan una media de abortos (M de embarazo normal= 0'11; M de obesas= 0'28) significativamente menor que el grupo de alto riesgo (M= 0'57) (HSD de Tukey  $p=0'000$ ).
4. Dentro de los grupos de este estudio, hay diferencias significativas entre mujeres embarazadas de alto riesgo, embarazo normal y obesas en los niveles de ansiedad ( $F2,302= 5'83$ ;  $p<0'003$ ). El grupo de embarazo normal presenta una media de ansiedad (M= 12'48) significativamente menor que los otros dos grupos (M de alto riesgo= 14'55; M de obesas= 15'54) (HSD de Tukey  $p=0'03$  entre el grupo de alto riesgo y embarazo normal y una  $p=0'004$  entre el grupo de embarazo normal y el de obesas).
5. En el grupo de obesas de este estudio, hay relación entre el nivel de ansiedad y el IMC ( $r=0'247$ ;  $p=0'032$ ) sólo al principio del embarazo, pero no durante el mismo ni tras el parto.

## DISCUSIÓN

- Existe mayor riesgo tanto para la mujer como para el niño cuando la mujer embarazada es obesa (más mujeres con HTA, DG o cesáreas y menos niños con normopeso). Sin embargo, no hay un mayor número de abortos que en los embarazos normales (tanto en un caso como en el otro se diferencian significativamente de los presentados en los embarazos de alto riesgo).

- Las mujeres embarazadas obesas presentan mayores niveles de ansiedad que las mujeres con embarazo normal y niveles equivalentes a los de las mujeres con un embarazo de alto riesgo.

- Existe una relación directa entre ansiedad e IMC entre embarazadas obesas pero sólo al principio del embarazo. Durante el mismo y tras el parto esta relación no se da, posiblemente porque en estas circunstancias estas mujeres sigan las indicaciones del personal sanitario para el control de su peso.

Es importante aprovechar el incremento de la motivación de las mujeres que se produce durante el embarazo para realizar cambios en sus estilos de vida mediante la educación sanitaria impartida en el programa y poder reducir su nivel de obesidad y ansiedad.

**BIBLIOGRAFÍA:**

(1) Gomez M, Maroto G, Lujan M, Rodriguez MJ y Zamarriego Crespo J . Macrosomia fetal: Diagnóstico prenatal, factores de riesgo y patología asociada. Toko-Gine. Practica, 1997, 56, 4 (159-162).

(2) Salvatierra, V. Psicobiología del embarazo y sus trastornos. Barcelona: Martinez Roca (1989)

(3) Rahe, R.H: Subjects recent life changes and their near-future illness susceptibility. Adv. Psychosom. Med 1972. Vol 8, 219.

(4) Bimbela Pedrola J L, Gorrotxategi Larrea Maite. Herramientas para mejorar la adhesión terapéutica del paciente. Escuela Andaluza de Salud Pública. 2001

(5) Davis Martha, Matthew Mckay, Elezabeth R. Eshelman. Técnicas de autocontrol emocional. Martínez Roca 1982.

(6) Muela Martínez J. A, Garcia León A , Rodríguez Olalla L. "Construcción y Evaluación de un instrumento para evaluar la ansiedad en gestantes de alto riesgo" Revista Oficial de la Asociación Iberoamericana de Diagnostico y Evaluación Psicobiológica, 2003, Vol 15, Num 1.

**AUTOR/ES:**

M<sup>a</sup> Zarza Bernardo Mayor, M<sup>a</sup> Pilar Calvo del Valle

**TÍTULO:**

Consumo de tabaco en gestantes de dos Z.B.S. de Valladolid

**TEXTO DEL TRABAJO:**

## Justificación y Objetivos:

EL tabaquismo es el principal problema de salud pública en las sociedades occidentales y la primera causa evitable de morbi-mortalidad fetal y patología obstétrica.

Desde hace años, lideradas por la OMS (1), diversas instituciones, europeas (2), nacionales (3) y autonómicas (4), instan a la población en general y a los profesionales de la salud de modo muy especial a trabajar en la prevención y control del tabaquismo.

Según la Encuesta sobre Hábito Tabáquico en Castilla y León de 2004, la prevalencia se eleva a 36.1% de la población (hombres 38.8%, mujeres 33.2%). En mujeres en edad fértil se eleva a 42.2%. (5)

La intervención desde Atención Primaria, mediante EpS, ha demostrado ser eficaz, con una de las mejores relaciones coste-efectividad. (4)

Se estima que más del 70% de los fumadores acuden a consulta de Atención Primaria una media de 5-6 veces/año, posibilitando así la intervención. (4)

Los objetivos de este estudio son: Conocer la prevalencia del tabaquismo durante la gestación. Verificar si existe abandono o no. Valorar la modificación del hábito tabáquico durante el embarazo y por último, cuantificar el consumo de cigarrillos día, en las gestantes de dos Z.B.S. de Valladolid

## Material y métodos:

Se realiza un estudio descriptivo transversal de periodo; comprendido entre el 1 de Noviembre de 2005 a 31 de Octubre de 2006.

El ámbito de estudio se localiza en dos Z.B.S. urbanas de Valladolid: C.S.Plaza de Ejército y C.S. Rondillal.

La población objeto de estudio es el total de gestantes captadas en primera consulta de embarazo.

Las variables consideradas han sido: Mujer fumadora habitual/no fumadora, consumo de cigarros/día, gestante fumadora/no fumadora, abandono del tabaco (pregestacional, a la confirmación del embarazo o no abandono), cuantificación del consumo gestacional diario ( $\leq 10$ , 11-20,  $> 20$ ).

Los datos se obtienen de las historias clínicas de la gestación, de la cartilla sanitaria del embarazo y de los registros informatizados, así como de los registros de las consultas de las matronas.

El análisis estadístico se realiza con el programa SPSS para Windows v. 14.0. Las variables continuas se describieron como media  $\pm$  DS (distribución normal) o como mediana y rango (distribución no normal), mientras que las cualitativas lo fueron mediante frecuencias y porcentajes.

Los datos se recogieron en tablas y se representaron en gráficas (diagrama de barras para las variables cualitativas, histograma de frecuencias para las cuantitativas).

El test de Olmogorov-Smirnov se utilizó para determinar la normalidad de las distribuciones.

Para estudiar las diferencias entre medias se utilizaron los tests estadísticos paramétricos o no paramétricos exigidos por las condiciones de aplicación (t de Student o U de Mann-Whitney, para variables independientes; t de Student o prueba de Wilcoxon, para muestras relacionadas).

El nivel de significación se consideró para una  $p \leq 0.05$ .

#### Resultados:

Del total de gestantes captadas (457) se excluyen 47 por falta de datos fidefignos en los registros. Las mujeres incluidas definitivamente en el estudio son 410.

La prevalencia del tabaquismo en nuestro ámbito de estudio es de 29.51%, el 97.55% siguen fumando durante la gestación y sólo un 2.45% ha abandonado el hábito antes del embarazo.

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el número de fumadoras pregestacionales (121/410, 29.51%) y durante el embarazo(118/410, 28,8%). Sólo tres mujeres fumadoras, abandonan el hábito al planificar su embarazo.

De un total de 121 mujeres fumadoras, 24 (19.8%) dejaron de fumar al inicio del embarazo y 97(80.2%) continuaron fumando.

Existe diferencia estadísticamente significativa en el consumo medio de cigarrillos antes del embarazo, entre el grupo de mujeres que abandona y el que mantiene el hábito tabáquico: grupo de abandono  $11.96 \pm 6.45$  cig/día; grupo de no abandono  $19.18 \pm 7.78$  cig/día; ( $p < 0.001$ ). Considerando el número de cigarrillos consumidos antes del embarazo y clasificando las mujeres en tres grupos según el consumo ( $< 10$  cig/día,  $11-20$  cig/día y  $> 20$  cig./día), la reducción en el número de cigarrillos fue significativa en cada grupo ( $p < 0.001$ ).

La diferencia en el número de cigarrillos que siguen consumiendo es significativa ( $p < 0.001$ ) en los tres grupos, como se refleja en los siguientes resultados:

El grupo que fumaba menos de 10 cig/día, con un consumo pregestacional de  $8.72 \pm 2.02$  cig/día, descendió su consumo durante la gestación a  $4.50 \pm 2.35$  cig/día.

Las mujeres que fumaban entre 11-20 cig/día, con un consumo pregestacional de  $18.19 \pm 2.72$  cig/día, redujo su consumo durante la gestación a  $8,51 \pm 4.48$  cig/día.

En el grupo de mujeres que fumaban más de 20 cig/día, el consumo pregestacional fue de  $31.50 \pm 3.66$  cig/día, descendiendo a  $14.50 \pm 5.80$  cig/día durante la gestación.

#### Discusión:

La prevalencia del tabaquismo en la mujer gestante de nuestro ámbito de estudio es elevada pero similar(6) o ligeramente inferior (7,8,9) a la hallada en otros estudios.

La prevalencia, en nuestro estudio, se refiere a tabaquismo declarado por la mujer y es posible un sesgo de infradeclaración (10,11). Sería deseable validarlo mediante cooximetría o cotinina en orina(11).

La tasa de abandono es inferior a la comunicada por diversos autores (6,8,9,12), a pesar de la motivación que a priori puede suponer, para la mujer el abandono del tabaco durante la gestación y para los profesionales, la puesta en marcha del Servicio de Deshabitación tabáquica, incluido en el desarrollo de Cartera de Servicios de Atención Primaria de Castilla y León en el año 2005.(4).

Constatamos, que en las gestantes estudiadas de nuestro trabajo:

El número de mujeres que dejan de fumar, antes de la gestación, no es significativo.

El abandono total del hábito, en las primeras semanas de gestación, se observa en aquellas mujeres que tenían un menor consumo previo.

La disminución del consumo de cigarrillos se produce, durante el embarazo, en todos los grupos, siendo mayor el descenso en aquellas mujeres que consumían menor número de cigarrillos previamente.

Estos resultados nos hacen plantear:

1º La necesidad de captación e intervención anticipada en consulta preconcepcional, dirigida a mujeres que manifiesten su deseo reproductivo.

2º Intervención sistematizada anti-tabáquica en la consulta de captación y seguimiento de embarazo por parte de la matrona de Atención Primaria.

3º Diseño de un modelo de intervención específico para mujeres, que facilite o incremente la deshabitación tabáquica en la mujer gestante.

4º Disponer de una guía para profesionales que aborde con rigor el problema del tabaquismo en la gestación.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

- 1-Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco. Doc. A56/INF.DOC./7 56ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra 2003.
- 2-Comisión de las Comunidades Europeas. Hacia una Europa sin humo de tabaco: Opciones políticas a escala de la Unión Europea.Libro verde. COM(2007). Bruselas 2007.
- 3- Mº Sanidad y Consumo. Plan Nacional de prevención y control del tabaquismo 2003-2007.
- 4- Junta de Castilla y León. Deshabituación tabáquica en Atención Primaria.Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud 2005.
- 5-Junta de Castilla y León. El Consumo de drogas en Castilla y León 2004. Consejería de Familia e Igualdad de oportunidades 2004.
- 6- Martínez-Frías ML, Rodríguez-Pinilla E, Bermejo E y Grupo Periférico ECEMC. Consumo de tabaco durante el embarazo en España: Análisis por años, comunidades autónomas y características maternas. Med Clin (Barc.) 2005;124 (3):86-92.
- 7- Córdoba R., Montañés JA. Los cambios en el patrón de consumo de tabaco en la última década.FMC 2001;8:287-289.
- 8- Castellanos ME, Nebót M., Payá A., et al. El abandono del tabaquismo durante la gestación y la recaída. Prog Obst Ginecol 2000;43:473-480.
- 9- Torrent M, Sunyer J, Cullinan P, et al. AMICS group. Smoking cessation and associated factors during pregnancy. Gac sanit 2004;18(3):184-189.
- 10- Jimenez Ruiz CA. Tratamiento sustitutivo con nicotina en el embarazo. Arch Bronconeumol.2006;42(8):404-409.
- 11- Castellanos ME, Muñoz MI, Nebot M et al. Validez del consumo declarado de tabaco en el embarazo. At Primaria 2000;26 (9):629-632.
- 12- Doz Mora JF, Gasulla Pascual G, Cárceles Jurado S, et al. Evolución del hábito tabáquico durante el embarazo y el postparto. Aten Primaria 2004;34(9):465-71.

**TEXTO DEL TRABAJO:**

El parto constituye uno de los factores más lesivos de la región perineal o suelo pélvico cuyas consecuencias pueden estar relacionadas con los problemas de incontinencia urinaria, incontinencia fecal y dispareunia. El traumatismo perineal sucede en más del 80% de los partos(1) y es el resultado de las episiotomías, los desgarros o de ambos. En la literatura publicada hasta el momento encontramos que determinados factores aumentan el riesgo de traumatismo perineal durante el parto como la primiparidad, el uso de instrumental(2), la posición de litotomía(3), el peso del recién nacido y la duración del expulsivo(4), entre otras circunstancias.

La posición lateral en el parto ha sido estudiado por pocos investigadores aunque recientemente está tomando un mayor auge en maternidades europeas por los beneficios que reporta a nivel perineal, con mayores índices de perinés intactos(5-7). Por otro lado, la introducción de la analgesia epidural se ha relacionado con el aumento de la incidencia de partos instrumentales(8-10) y para evitarlo se estudia, desde hace unos años, retrasar el pujo hasta que la mujer sienta deseos de empujar o hasta visualizar la cabeza fetal en el introito vaginal(11). Esta práctica aumenta el tiempo total de la fase expulsiva pero suele reducir el tiempo en que la mujer empuja activamente, sin riesgo para el neonato(12)

Objetivos: Comparar el efecto en las complicaciones perineales y los resultados neonatales de dos modelos de parto: a) parto lateral-De Gasquet con pujo tardío y b) parto en posición de litotomía con pujo inmediato.

Metodología: Se incluyeron 180 mujeres (edad 30 años, tiempo gestación 39 semanas) con progresión de parto normal, espontáneo o inducido y en fase de dilatación con analgesia epidural. Durante el periodo expulsivo y de forma randomizada se dividieron en dos grupos: a) grupo experimental (GE) retrasó el pujo y adoptó la posición lateral-De Gasquet La elección del lado del decúbito se realiza por preferencia y comodidad de la mujer. Los miembros inferiores permanecen, el superior en flexión y rotación interna sobre el estribo de la cama y el inferior en extensión sobre la cama, la columna se mantendrá elongada. y b) grupo control (GC) que desarrolló el parto en posición de litotomía y con pujos inmediatos. Resultados: La incidencia de partos con complicaciones (partos con instrumental (IN) y partos con Kristeller (KR)) fue significativamente inferior en el GE (15,1% vs 37,9% en GE y GC respectivamente)( $p<0,05$ ). En el GE, la tasa de perinés intactos aumentó significativamente cuando el parto finalizó en decúbito lateral (GE-DL) (50%), en comparación con los partos del GC que finalizaron en litotomía (GC-L) (24%) ( $p<0,01$ ). Esto se debió fundamentalmente al menor número de episiotomías en este grupo (20%), a diferencia de los partos del GC-L (47,9%) o de los partos con complicaciones (83,3% y 100% vs 100% y 91,3%, en IN y KR del GE y GC respectivamente) ( $p<0,001$ ). Ningún desgarro de tercer grado se observó en los partos del GE-DL en comparación con los partos del GC-L (2,1%) y los partos con complicaciones (33,3% y 0% vs 44,4% y 21,7% en IN y KR del GE y GC respectivamente) ( $p<0,001$ ). La duración del expulsivo fue superior en el GE (85 SD 66,9 min vs 56,2 SD 60,1 min, en GE y GC). Este aumento se produjo a partir de la prolongación de la fase expulsiva pasiva (54,6 SD 40,9 min vs 9,2 SD 27,6 min, en GE y GC) ( $p<0,001$ ) ya que en la fase expulsiva activa se observó una reducción significativa del tiempo (30,3 SD 26 vs 47 SD 33,1, en GE y GC) ( $p=0,002$ ), más acentuada en el grupo GE-DL (19,5 SD 16,7min). Los resultados neonatales no muestran diferencias significativas ni de los análisis del pH, ni de los test de Apgar.

Conclusiones: En ausencia de complicaciones, el estudio presentado muestra la capacidad protectora de la región perineal y la prevención de partos instrumentales y con Kristeller cuando se combinan las variables posición lateral-De Gasquet y pujo tardío. La duración del expulsivo es superior, aunque se reduce el tiempo que la mujer empuja activamente y sin presentar riesgos para el neonato.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Albers L, Garcia J, Renfrew M, McCandlish R, Elbourne D. Distribution of genital tract trauma in childbirth and related postnatal pain. *Birth* 1999;26:11-17.
2. Barbier A, Poujade O, Fay R, Thiebaugeorges O, Levardon M, Deval B. [Is primiparity, the only risk factor for type 3 and 4 perineal injury, during delivery?]. *Gynecol.Obstet.Fertil.* 2007;35:101-06.
3. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Position for women during second stage of labour. *Cochrane.Database.Syst.Rev.* 2004;CD002006.
4. Albers LL, Migliaccio L, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Does epidural analgesia affect the rate of spontaneous obstetric lacerations in normal births? *J.Midwifery Womens Health* 2007;52:31-36.
5. Brement S, Mossan S, Belery A, Racinet C. [Delivery in lateral position. Randomized clinical trial comparing the maternal positions in lateral position and dorsal position for the second stage of labour.]. *Gynecol.Obstet.Fertil.* 2007.
6. Shorten A, Donsante J, Shorten B. Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: informing women about choices for vaginal birth. *Birth* 2002;29:18-27.
7. Soong B, Barnes M. Maternal position at midwife-attended birth and perineal trauma: is there an association? *Birth* 2005;32:164-69.
8. Lieberman E, Davidson K, Lee-Parriz A, Shearer E. Changes in fetal position during labor and their association with epidural analgesia. *Obstet.Gynecol.* 2005;105:974-82.
9. Mazouni C, Porcu G, Bretelle F, Loundou A, Heckenroth H, Gamberre M. Risk factors for forceps delivery in nulliparous patients. *Acta Obstet.Gynecol.Scand.* 2006;85:298-301.
10. Nim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane.Database.Syst.Rev.* 2005;CD000331.
11. Roberts CL, Torvaldsen S, Cameron CA, Olive E. Delayed versus early pushing in women with epidural analgesia: a systematic review and meta-analysis. *BJOG.* 2004;111:1333-40.
12. Menez-Orieux C, Linet T, Philippe HJ, Boog G. [Delayed versus immediate pushing in the second



## Mesa de comunicaciones 21(Español):Promoción de la salud.

### AUTOR/ES:

Artieta Pinedo I, Paz Pascual C, Remiro Fernandez de Gamboa G, Odriozola Herмосilla I, Bacigalupe de la Hera A, Payo Gordon J, Manzano García G, Ureta de Pedro M, Grandes Odriozola G.

### TÍTULO:

Efecto de la asistencia a Educación Maternal sobre la evolución del parto

### TEXTO DEL TRABAJO:

#### Introducción:

La utilidad de la educación maternal está siendo cuestionada en la actualidad. Es cierto que en sus inicios se mostraba claramente beneficiosa con respecto, por ejemplo, a la duración de los periodos de dilatación y expulsivo, menos uso de instrumentales, menor proporción de cesáreas y sobre todo con respecto a la satisfacción con la que las mujeres vivían el parto [1,2,3]. Sin embargo, las condiciones en las que se da la maternidad hoy en día, y concretamente el parto, han variado de forma sustancial. La mayoría de las mujeres tiene sus hijos en hospitales con protocolos relativamente estrictos, la percepción de las contracciones ha disminuido, si no desaparecido, con la anestesia epidural. Así, las técnicas para disminuir el dolor ya no son necesarias, y los pujos deben darse en ausencia de sensaciones. Mientras tanto, la Educación Maternal (EM) que impartimos actualmente sigue basada en los modelos de psicoprofilaxis y es bastante similar a la que se utilizó en los comienzos, entrenando en técnicas como la relajación, los pujos y la respiración, dirigidas generalmente a reducir el dolor y aprender a afrontar las contracciones de parto. Como consecuencia, un buen número de trabajos en hospitales europeos [4,5] o americanos [6,7] con condiciones similares a las nuestras, no encuentran que la asistencia a los cursos de EM proporcione beneficios durante el parto.

El objetivo de este trabajo fue evaluar el efecto de la asistencia a los cursos de EM sobre el resultado objetivo del parto (identificación del comienzo, momento de aplicación de la anestesia, duración de los periodos de dilatación y expulsivo, tipo de parto, lesiones perineales) y sobre la apreciación subjetiva de la madre (ansiedad y satisfacción).

#### Método:

Se trata de un estudio longitudinal observacional prospectivo en el que se siguió a una cohorte de 641 nulíparas desde la semana 36 de embarazo hasta el día posterior al parto. Se compararon tres grupos de mujeres en base al grado de exposición a las clases de EM.

La captación se realizó en 22 centros de atención primaria de Bizkaia del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza. Fueron susceptibles de participar en el estudio todas las nulíparas entre 18 y 42 años, cuyo embarazo estuviese adecuadamente controlado (al menos 6 visitas, una de ellas en el primer trimestre) y no fuese patológico. El único requisito añadido era que comprendiesen el idioma en que se impartían las clases.

En el centro de atención primaria se recogieron datos sociodemográficos (edad, nivel de estudios, clase social y nacionalidad) y de personalidad (escala BEEGC-20 [8] que podían ser variables confusoras con respecto a los resultados del parto.

En el momento del parto, durante la dilatación se proporcionó a cada mujer el cuestionario HAD para medir la ansiedad y el resultado se categorizó en tres niveles, baja, dudosa y alta ansiedad. De la historia clínica se obtuvieron las medidas de las siguientes variables de resultado: si habían acudido o no en fase latente de parto recibiendo el alta; duración de la dilatación y el expulsivo en minutos; el tipo de parto (eutócico o no); si se aplicó la anestesia epidural antes de lo establecido en el protocolo (más de 3 cm de dilatación); si hubo o no lesión perineal de tercer grado (desgarro tercer grado o episiotomía). Por último, en el puerperio inmediato se registró la satisfacción con la experiencia del parto valorada en una escala del 1 (completamente insatisfactoria) al 10 (completamente satisfactoria); estas respuestas se agruparon en "insatisfacción" (de 1 a 5) y "satisfacción" (de 5 a 10).

En este momento se recogían también los datos sobre la asistencia a clases de EM y el número de sesiones. Esta variable se agrupó, basándose en el criterio de los expertos, en tres categorías: a) asistencia a 0 sesiones; b) asistencia a 1-4 sesiones; c) asistencia a 5 o más sesiones.

A lo largo del proceso, 21 mujeres fueron excluidas por no cumplir los criterios definidos (finalmente fueron partos patológicos), dos mujeres decidieron abandonar el estudio y otras dos mujeres se perdieron en el seguimiento, contando finalmente con información sobre 616 mujeres.

Inicialmente se compararon los tres grupos con respecto a cada una de las variables estudiadas, mediante pruebas t-Student en el caso de variables cuantitativas y chi-cuadrado en el caso de variables categóricas. Posteriormente se realizaron análisis estratificados para eliminar el posible efecto de las variables confusoras. Los análisis se realizaron con el paquete Epi-Info.

#### Resultados:

Las mujeres que acudían a más clases de EM tuvieron una media de edad superior (31.6 años vs. 28.7 años), un mayor nivel de estudios, una clase social más elevada y fueron de nacionalidad española en mayor proporción. No se hallaron diferencias significativas entre los tres grupos en las variables de personalidad.

En cuanto a la influencia de la EM en el parto, se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos para la variable ansiedad ( $p=0.047$ ), encontrando que la proporción de sujetos con puntuación alta en ansiedad (mayor de 11) es del doble en el grupo que no acude a clases (20.7%) que en el grupo que acude a 5 ó mas (9.9%). Cuando se realizó un análisis estratificado en función de la edad, se encontró que la asistencia a clases de EM se asocia con puntuaciones más bajas en ansiedad para los tres grupos de edad, pero es especialmente apreciable en el grupo más joven (menos de 29 años,  $p=0.09$ ). Cuando se consideró cada clase social por separado, la disminución de la ansiedad en los grupos que asisten a EM se observa en todas ellas, pero de nuevo es destacable el efecto en la clase social más baja ( $p= 0.023$ ). Finalmente, cuando se analizó cada nivel de estudio, la relación entre EM y niveles más bajos de ansiedad fue significativa ( $p=0.00$ ).

También fue significativa la diferencia entre los grupos en cuanto a la ocurrencia de un parto eutócico o no. En este caso se encontró una proporción mayor de sujetos con parto eutócico en el grupo que no había acudido a EM (75.6%) en relación con el grupo que acudió a 5 o más sesiones (55.8%) ( $p=0.03$ ). Al realizar un análisis estratificado por edad o clase social se encontró una proporción menor de partos eutócicos en las mujeres con "5 o más clases" sobre todo en la clase social más alta ( $p=0.04$ ) y en los tres grupos de edad, especialmente en los sujetos más jóvenes ( $p=0.07$ ). No se encontraron diferencias en el resto de las variables analizadas, visitas en falso parto, anestesia en fase latente, duración de la dilatación y el expulsivo, grado de lesión perineal y satisfacción con el parto.

#### Discusión:

La diferencia sociodemográfica observada entre las mujeres que asisten y las que no asisten a EM es un hallazgo habitual en la bibliografía [9] sobre el que diferentes autores [7,10] han hecho énfasis, señalando que las estrategias más adecuadas para unos grupos pueden no serlo para otros. Es necesario analizar a qué tipo de población y con qué objetivo queremos dirigirnos ya que actualmente las mujeres que acuden a EM son las que podrían necesitarlo menos, mientras que las mujeres con menos recursos no se benefician de este servicio.

No se observa un beneficio claro de la EM para el resultado objetivo del parto puesto que no mejora ni la duración ni la incidencia de intervenciones o lesiones perineales. Tampoco encontramos que las mujeres estén más satisfechas con su experiencia. Por el contrario, las mujeres que más acuden tienen una proporción menor de partos eutócicos. Es conocida la escasa influencia de la asistencia a clases de EM cuando se compara con la importancia que se asigna a lo ocurrido durante el parto o incluso a la atención prestada por los profesionales del hospital [11], sin embargo, no parece probable que la asistencia a EM sea en sí misma perjudicial, el resultado sugiere más bien diferencias en personalidad entre las mujeres que asisten y las que no lo hacen, como la percepción de autoeficacia o el locus de control. Algunos estudios [12,13] apuntan en esta línea en la que nosotras mismas pretendemos profundizar a partir de los cuestionarios BEECG.

Otro resultado a destacar es la disminución de la ansiedad en todos los grupos que asisten, especialmente en los grupos de mujeres más jóvenes y de extracción social más baja, que a priori se verían más beneficiadas por ello.

Si, como afirma Gagnon [8] las mujeres acuden a estos cursos más tratando de reducir el pánico y la ansiedad que buscando una disminución del dolor este resultado es especialmente relevante. El manejo más adecuado de la ansiedad les permitiría afrontar mejor etapas posteriores de lactancia y crianza. En estas etapas posteriores, además, es cuando la mujer debe asumir un control mayor sobre las situaciones, a diferencia del momento del parto, en el que los estrictos protocolos que habitualmente se aplican en nuestro medio deja poca capacidad de decisión a los deseos de las mujeres. En conclusión, la asistencia a los cursos de EM no mejora la evolución del parto en el medio hospitalario, pero sí proporciona herramientas para manejar la ansiedad, especialmente cuando la mujer no dispone de otros recursos.

Estos resultados suponen algunas implicaciones para nuestro trabajo como la importancia de analizar las características y necesidades de nuestra población así como de considerar y potenciar las estrategias espontáneas con las que se afrontan situaciones nuevas. En lugar de intentar que sus habilidades se adecuen a la información que queremos transmitir.

Por otra parte, los resultados nos hacen dirigir nuestra atención hacia la crianza y la lactancia y a enfatizar las técnicas reductoras de ansiedad como herramienta apropiada también en este momento posterior y, desde este punto de vista, contemplar las reuniones postparto de las mujeres como una actividad al menos tan útil como las clases preparto.

Por último, insistir en la necesidad de continuar con trabajos de investigación en los que se ponga a prueba la eficacia del trabajo diario y se analicen las necesidades de los distintos grupos de población. Esta evaluación y readaptación permanente de nuestro trabajo es imprescindible en un mundo cambiante.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Florido J, Cuenca C, Ramirez A. Repercusiones obstétricas de la Educación Maternal. Rev Esp Obstet Ginecol. 1981; 40 (264) 412.
2. Baglio G, Spinelli A, Donati S, Grandolfo ME, Osborn J. (2000) Evaluation of the impact of birth preparation courses on the health of the mother and the newborn. Annual Ist Superior Sanitario, 36 (4) 465-478.
3. Delke I, Minkoff H, Grunebaum A. Effect of Lamaze childbirth preparation on maternal plasma beta-endorphin immunoreactivity in active labor. Am J Perinatol. 1985; 2 (4) 317-9.
4. Molina Salmerón M, Martínez García A, Martínez García FJ, Gutiérrez Luque E, Saez Blázquez R, Escribano Alfaro PM. Impacto de la Educación Maternal, Vivencia subjetiva materna y evolución del parto. Revista Enferm. 1996; 206.
5. Fabian HM, Radestad IJ, Waldenstrom U. (2005). Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. Acta Obstet Gynecol Scand, 84: 436-443.
6. Enkin M, Keirse M, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E y Hofmey J. (2001a) Antenatal Education. En "A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth" Ed. Oxford University Press. N.Y.
7. Gagnon AJ. Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. 2003; Issue 2. Oxford: Update Software
8. Lopez Palenzuela D. (1984) Critical evaluation of locus of control: Towards a reconceptualization of the construct and its measurement. Psychol Rep 54, 683-709.
9. Fabian HM, Radestad IJ, Waldenstrom U. (2004). Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood education classes during pregnancy. Midwifery. 20 (3), 226-235.
10. Nelson MK (1982) The effect of childbirth preparation on women of different social classes. J Health Hum Behav 23 (4) 339-352.
11. Waldenstrom U, Hildingsson I, Rubertsson C Radestad I. (2004). A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample.

**AUTOR/ES:**

López Muñiz, Idoya; González Gutierrez, Guadalupe.

**TÍTULO:**

TERAPIA GRUPAL EN DISLIPEMIAS: POSIBILIDAD DE IMPLANTACIÓN EN UNA ZONA RURAL DISPERSA.

**TEXTO DEL TRABAJO:****INTRODUCCIÓN:**

La dislipemia es cualquier alteración en los niveles normales de lípidos plasmáticos, fundamentalmente colesterol y triglicéridos (1,3). La búsqueda de pacientes con hipercolesterolemia está justificada por su gran importancia como factor de riesgo cardiovascular, siendo este uno de los factores de riesgo modificable de las enfermedades cardiovasculares(2-4), existe amplia bibliografía que relaciona niveles altos de dislipemia con cardiopatía isquémica(6-8). Se estima que la prevalencia de las hiperlipemias superan el 20%(24,3%) de los adultos ( > de 14 años)(5), lo que en nuestra zona supondrían unas 543 personas susceptibles de poseer este factor de riesgo. Una información adecuada es básica para un seguimiento adecuado del tratamiento, que va a ayudar a disminuir la morbi-mortalidad.

La educación para la salud es uno de los medios más importantes para lograr modificaciones en los estilos de vida( según Lalonde(9) el determinante de salud que más influye en la salud y sobre el que tenemos que actuar principalmente) y una de las principales causas de hiperlipemia, esperándose una reducción de un 5-10% en la colesterolemia(5) y hasta un 50% para la hipertrigliceridemia con la dieta.

Nos planteamos realizar un sonde previo a la puesta en marcha de un grupo de educación para el colesterol, para valorar su viabilidad así como tratar de disminuir las dificultades con las que nos podemos encontrar, inherentes al área de trabajo donde nos encontramos.

**OBJETIVOS:**

- 1.- Evaluar la viabilidad de llevar a cabo educación grupal en pacientes diagnosticados de dislipemia.
- 2.- Identificar los factores negativos que dificulten poder participar en programas de educación para la salud.
- 3.- Valorar la influencia de la asunción de la enfermedad como factor determinante en la realización de la educación grupal.

**METODO:**

Estudio observacional descriptivo, en la zona básica de salud de Nansa, con una población rural adulta de 2.236. La población a estudio fueron 1.459 pertenecientes a dos cupos médicos, con dispersión geográfica máxima (G4), envejecida ( >65 años: 38,14%; >75: 21,24%) y con carencias en el transporte público. Se incluyeron en el estudio pacientes diagnosticados de dislipemia incluidos en cartera de servicio.

Se diseñó un cuestionario con 14 ítems donde se recogieron las variables a estudio ( variables demográficas: sexo, edad, ocupación laboral, nivel académico, domicilio; tratamiento; cumplimiento terapéutico según test de Morisky-Green(11); años de diagnóstico de la enfermedad; último valor analítico de colesterol total; acude periódicamente a los controles, información previa sobre la enfermedad; valoración de la convivencia con su enfermedad según escala Likert, disponibilidad a acudir a la educación grupal (EG).

El estudio se llevó a cabo entre los meses de enero a marzo del 2007, obteniendo los datos mediante encuesta, bien presencial en la consulta o telefónica, en el caso de que no acudieran a la misma en este período.

## RESULTADOS:

La descripción de la población incluida en el estudio es: mujeres 53,56% ; sin estudios: 54,3%; jubilados: 55,8%; dispersión O ( 0-5km del centro): 55,94%; con medicación: 66,55%; cumplidores: 60,6%; acuden a los controles periódicos: 75,6%; información previa sobre dislipemias: 57%.

En relación a la viabilidad de llevar a cabo la educación grupal obtuvimos una disponibilidad a acudir del 27,78%, no dispuestos 26,85%, el resto dependía del horario o transporte.

Referente a los factores negativos que dificultan la participación, los porcentajes de las personas que NO participarían en los grupos de educación por cada variable medida son:

- Edad: 30-44 años: 7,14%; 45-44 años: 16,36%; 60-74 años: 26,53%; > 75 años: 50%:
- Sexo: Mujeres:37,75%; Hombres:62,24%.
- Nivel académico: analfabetos: 3,06%; sin estudios. 63,25%, primarios: 28,57%, secundarios: 4,08%, universitarios: 1,02%.
- Ocupación laboral: Amas de casa: 22,44% ; Activos:20,40%;Jubilados: 57,14%.
- Acuden periódicamente a los controles: SI: 59,18%; NO: 41,83%.
- Información previa: SI: 58,16%; NO: 41,83%.
- Refieren convivencia con su enfermedad: Buena: 91,8%; Regular: 8,16%.
- Dispersión geográfica: dispersión O ( 0-5 Km. del centro): 57,14% ; dispersión 1(6-15Km del centro): 30,61% ; dispersión 2 ( > 16 Km.): 12,26%.

De acuerdo a la influencia de la asunción de la enfermedad, el 85,1% refieren convivir bien con su enfermedad, el 12,3% regular y el 2,6% mal. Manifiestan disponibilidad negativa a venir, de los que conviven bien el 39,64%, de los que conviven mal el 0% y de los que conviven regular el 24,24%.

## DISCUSIÓN:

Atendiendo a los resultados de nuestro estudios, los hombre refieren menor disponibilidad a acudir a la educación grupal que las mujeres. El nivel académico está inversamente relacionado con la disponibilidad a acudir a la educación grupal; aunque, paradójicamente las personas analfabetas o que sólo saben leer y escribir son las que menos participarían. En el resto de los grupos, el porcentaje de personas que no quiere venir y que refiere información previa es elevado. El 100% de las personas que refieren un mal manejo subjetivo de su enfermedad desean venir a la educación grupal, aunque por otra parte este porcentaje es pequeño. Curiosamente los pacientes con mayor proximidad al centro refieren menor disponibilidad a acudir a dicha actividad.

Ante estos resultados suponemos que:

- La mayor disponibilidad de las mujeres a acudir a educación grupal se debe a que tradicionalmente se ocupan del cuidado ( enfermos, dieta, higiene....etc).
- La menor disponibilidad a acudir por parte de los analfabetos y personas que sólo saben leer y escribir creemos que puede ser debida a dos causas: vergüenza por su carencia cultural y/ o creencias de dicha enfermedad.
- En el resto de los niveles culturales el porcentaje de personas que no quiere venir y que refiere información previa es elevado, por lo que suponemos que su negativa es debida a un conocimiento adecuado.
- Ajustar el horario y facilitar el transporte mejoraría sustancialmente la disponibilidad a acudir.

## CONCLUSIONES:

La ausencia de educación grupal para dislipemias en cartera de servicios y de estudios publicados en nuestro medio donde se valore la disposición del paciente dislipémico a recibir educación para la salud, se contradice con la importancia de esta patología en el desarrollo de determinadas enfermedades crónicas, influyendo negativamente en su evolución. En vista de los datos obtenidos, parece necesaria la incorporación dentro de la cartera de servicios de grupos de educación en dislipemia. Con la información impartida por los profesionales sanitarios se pretende modificar

hábitos de vida, que persiguen mejorar el cumplimiento terapéutico, pero teniendo en cuenta que la responsabilidad sobre el abordaje de la dislipemia tiene que ser compartida; por una parte la enfermera informará y asesorará al paciente, pero es imprescindible que éste a su vez asimile las recomendaciones y se responsabilice de su enfermedad iniciando actuaciones que lleven a modificar cambios de comportamiento en su estilo de vida.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

- (1) Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults ( Adult Treatment Panel III). JAMA 2001; 285: 2486-2497.
- (2) Wood D, De Backer G, Faergeman O, Graham I, Mancia G, Pyörälä K. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Summary of recommendations of the second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. J. Hypertens. 1998; 16: 1407-14.
- (3) Lago Deibe, Fernando. Dislipemias. Guías clínicas 2004; 4(42) [www.fisterra.com](http://www.fisterra.com)
- (4) Villar Álvarez F, Banegas JM, Donado de Campos JM, Rodrigo Artalejo F. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras. Madrid: Ergon; 2003
- (5) Prevalencia y control de dislipemias en las consultas médicas en España. Estudio HISPALID. [www.saludvascular.es](http://www.saludvascular.es).
- (6) Andres Iglesias JC, Andres Rodriguez NF, Fornos Perez JA. Validación de un cuestionario de conocimientos sobre hipercolesterolemia en la farmacia comunitaria. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(4): 189-196.
- (7) Plaza Perez I, Villar Alvarez F, Mata Lopez P, Perez Jimenez F, Maiquez Galan A et al. Control de la colesterolemia en España, 2000: instrumento para la prevención cardiovascular. Rev clín esp 2000; 200: 494-515.
- (8) Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca. Rev Esp Cardiol 2000, 53: 1095-1120.
- (9) [http://es.wikipedia.org/wiki/Determinantes\\_de\\_la\\_salud](http://es.wikipedia.org/wiki/Determinantes_de_la_salud). Modificada por última vez 15 de mayo del 2007
- (10) Piñeiro F, Gil V, Donis M, Orozco D, et al. La validez de seis métodos para el seguimiento del cumplimiento con tratamiento farmacológico en dislipemias. Atención Primaria, 1997; 19 (9):495- 465.

**AUTOR/ES:**

M<sup>a</sup> del Mar Gutiérrez Rodríguez, Ana Isabel Saiz Sanz

**TÍTULO:**

"TRATAMIENTO ENFERMERO DEL GRANULOMA UMBILICAL EN ATENCIÓN PRIMARIA"

**TEXTO DEL TRABAJO:****INTRODUCCIÓN:**

El granuloma umbilical es la persistencia de tejido inflamatorio incapaz de epitelizarse en el muñón umbilical una vez desprendido el cordón, en un momento en el que debiera haberse producido un proceso cicatricial completo, que adopta el aspecto de una masa carnosa de color rojizo. Es una patología relativamente frecuente del recién nacido, (entre un 2% y un 5% de los recién nacidos vivos).

El tratamiento más comúnmente utilizado ha sido el de sucesivas aplicaciones con Nitrato de plata, pero la frecuencia de efectos adversos (quemaduras)<sup>1</sup> ha llevado a la experimentación con otros métodos que entrañen menor riesgo.

Los tratamientos reconocidos en la literatura, van desde la doble ligadura<sup>2</sup> a la aplicación de sal común<sup>3</sup>, pasando por la escisión quirúrgica con aplicación de materiales absorbibles hemostáticos<sup>4</sup>.

En nuestro centro de salud venimos aplicando un tratamiento alternativo desde el año 1996, con excelentes resultados.

**1.- OBJETIVO:**

Describir la efectividad del tratamiento del granuloma umbilical con ligadura más cauterización con nitrato de plata en un C.A.P., frente a otros tratamientos realizados en Atención Primaria.

**2.- MÉTODO:**

Estudio descriptivo de la evolución del granuloma umbilical con tratamiento de ligadura más nitrato de plata.

Sujetos: Lactantes de 0 a 2 meses atendidos en un Centro de Salud entre Enero del 2000 y Abril de 2007, con granuloma umbilical.

Ámbito: E.A.P. (Madrid).

Intervención: Ligadura de la base del granuloma con seda 3/0 y cauterización con barras de nitrato de plata, tras protección de la piel colindante con vaselina. (Los padres sólo deben encargarse de mantener protegida la zona aplicando vaselina).

Control de la evolución en 48 horas.

Variables: Número de consultas necesarias y tiempo invertido hasta la resolución.

Complicaciones surgidas.

### 3.- RESULTADOS:

De 546 lactantes de 0 a 2 meses atendidos en consulta, 88 (16,12%) presentaron algún tipo de patología umbilical (sin incluir hernias): sangrado, onfalitis, granulomas.

De estos 88 lactantes, 27 (30,68%) (4,95% del total) presentaban granuloma umbilical y se les aplicó la intervención descrita. En la visita de control (48 horas), el granuloma había caído desde la base de la ligadura en el 100% de los casos y sólo uno ( 3,7% ), precisó una nueva aplicación de nitrato de plata para eliminar un mínimo resto.

No se evidenció ninguna complicación por quemadura.

### 4.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

- 1.La efectividad de la ligadura con seda y cauterización con nitrato de plata ha sido del 100% en 2 días.
- 2.Han sido necesarias dos visitas: una de actuación y otra de control postratamiento a las 48 horas.
- 3.No aparecieron complicaciones por quemadura.
- 4.Los tratamientos publicados en la bibliografía, nitrato de plata, sal común, doble ligadura, consiguen la resolución del granuloma umbilical, pero en los tratamientos diferentes a los de este estudio se requiere un mayor número de días hasta la total resolución.
- 5.Es un tratamiento rápido, seguro, eficaz y requiere un mínimo seguimiento por parte de los padres.

### BIBLIOGRAFÍA:

1. Majjiga, V.S., Kumaresan, P., Glass, E.J. "Silver nitrate burns following umbilical granuloma treatment" Archives of Disease in Childhood 2005;90:674
2. Gad Lotan, M.D., Baruch Klin, M.D., and Yigal Efrati, M.D.. "Double-ligature: a treatment for pedunculated umbilical granulomas in children". American Family Physician 2002; 65: 2067-2068
3. Derakhshan, M.R., " Curative effect of common salt on umbilical granuloma" Iranian Journal of Medical Sciences; 1998; 23: 132-133
4. Nagar,H. "Umbilical granuloma: A new approach to an old problem". Pediatric Surgery Internacional 2001; 17: 513-514



## Mesa de comunicaciones 22(Bilingüe):cuidados a las situaciones crónicas / Chronic care

### AUTHOR/S:

Riitta Suhonen, Maritta Välimäki, Agneta Berg, Ewa Idvall, Lucy Land, Chryssoula Lemonidou, Maria Kalafati, Jouko Katajisto, Helena Leino-Kilpi

### TITLE:

Quality of life in orthopaedic and trauma patients in three European countries

### TEXT:

#### Objective

The aim of this study was to compare the health-related quality of life (HRQoL) perceived by the Finnish, Swedish and UK pre-discharge orthopaedic and trauma patients. Health-related quality of life implies a value judgement of the experience of the individual, and it is generally based on the person's subjective perception of his or her own health status. Musculoskeletal disorders are increasing in European countries and its prevalence is common in working and elderly population. These disorders are associated with losses of HRQoL [1] and, thus, effective treatment will be needed to improve HRQoL [2]. Measuring patient-perceived outcomes following orthopaedic procedures have become an important component of clinical research [3]. Outcomes of health care should include the subjective experience of the patient.

#### Methods

A cross-sectional comparative survey using the Euro-QoL 5D (EQCLASSIFIER, EQVAS) measure was conducted. The EQ-5D [4,5] measures self-reported accounts of health problems on the basis of a five-dimensional classification: mobility, self-care, usual activities, pain/discomfort and anxiety/depression. Pre-discharge orthopaedic and trauma patients from 17 wards in 12 acute hospitals were recruited in the study in Finland (n = 425, response rate 85 %), Sweden (n = 218, 73 %) and UK (n = 135, 85 %). Data were analysed statistically using descriptive statistics, chi-square tests and one-way analysis of variance (ANOVA). The EQ index scores were derived according to European VAS value set [6].

#### Results

The mean age of the respondents ranged from 56.4 (UK) to 65.5 (Sweden) and mean days of hospitalisation ranged from 6.6 (Finland) to 8.8 (UK) days. A majority of the respondents were female in Finland (62 %), Sweden (56 %) and UK (64 %).

Chi-square tests revealed statistically significant between country differences in self-care ( $p < 0.001$ ), usual activities ( $p = 0.002$ ), pain/discomfort ( $p < 0.001$ ) and anxiety/depression ( $p < 0.001$ ) EQCLASSIFIER items. Between country differences were found in EQ-index scores ( $F = 5.65$  (df 2),  $p = 0.004$ ) between Sweden (Mean  $0.57 \pm 0.19$ ) and Finland (Mean  $0.52 \pm 0.20$ ),  $p = 0.009$ , and between Sweden and UK (Mean  $0.51 \pm 0.21$ ),  $p = 0.012$ .

#### Discussion

Results showed that significant inequalities in overall self-assessed health exist in these countries. The results can be used in examining the condition of the orthopaedic and trauma patients while discharging home from hospital as there are verdicts from the European Court of Justice that have strengthened the development towards harmonisation including health care.

**BIBLIOGRAPHY:**

1 WHO. The European Health Report. WHO Regional Publications, European Series 97. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2002.

2 Saarni SI, Härkänen T, Sintonen H et al. The impact of 29 chronic conditions on health-related quality of life: A general population survey in Finland using 15D and EQ-5D. Qual Life Res 2006; 15: 1403-14.

3 BJD Strategic Plan. The Bone and Joint Decade, Strategic Plan 2006-2010 and Beyond, 2007. Retrieved April 12, 2007 from <http://www.boneandjointdecade.org/default.aspx?contid=1816>.

4 Brooks R. EuroQol: the current state of play. Health Policy 1996; 37: 53-72.

5 The EuroQol Group. EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy 1990; 16: 199-208.

6 Greiner W, Weijnen T, Nieuwenhuizen M et al. A single European currency for EQ-5D health states. Results from a six-country study. Eur J Health Econom 2003; 4: 222-31.

## **Mesa de comunicaciones 23( Español): Gestión y organización de servicios**

### **AUTOR/ES:**

M<sup>a</sup> del Mar Pérez Quintana

Centro de Salud Miraflores (Alcobendas). Área 5 de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud.  
mperez.gapm05@salud.madrid.org

### **TÍTULO:**

UTILIZACIÓN DE LA METODOLOGÍA ENFERMERA POR UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID.

### **TEXTO DEL TRABAJO:**

#### **INTRODUCCIÓN.**

La utilización sistemática de metodología científica aplicada a los cuidados de enfermería contribuye a aumentar la calidad de los mismos. (1- 4)

En 1995 se puso en marcha en el Área 5 de Atención Primaria de Madrid un proyecto de mejora de calidad de los cuidados, utilizando el Proceso de Enfermería, que incluyó la elaboración de una guía de planes de cuidados estandarizados.

En 1998 la Subdirección General de Atención Primaria introdujo planes de cuidados estandarizados en algunos servicios de la Cartera de Servicios de Atención Primaria.

En junio de 2004 se constituyó la Comisión de Cuidados del Área y se abordó la elección de un modelo de cuidados enfermeros de referencia (3, 5) y el desarrollo de acciones formativas en metodología enfermera.

#### **OBJETIVO.**

Este estudio pretende:

- describir la situación en cuanto a la realización (utilizando la aplicación informática OMI-AP) de diagnósticos enfermeros (DE) y planes de cuidados, por parte de las enfermeras de un Equipo de Atención Primaria (EAP) peri urbano del Área 5 de Madrid (EAP Miraflores, Alcobendas).
- describir la evolución de la implantación de la metodología enfermera desde 2005.

#### **MÉTODOS.**

Estudio observacional descriptivo, en el EAP Miraflores (Alcobendas) desde enero 2005 hasta abril 2007.

Se obtuvieron datos de:

- nº de enfermeras que realizaron DE y planes de cuidados,
- frecuencia (absoluta y distribución por Patrones Funcionales de Salud de Gordon) de los DE realizados en la población atendida por las enfermeras del EAP,
- las etiquetas diagnósticas más frecuentes.

Se analizaron los registros realizados por las 10 enfermeras del equipo en la Historia clínica informatizada (OMI-AP, versión 5 y 6, que emplea las taxonomías NANDA, NOC y NIC). Se obtuvieron los datos con el módulo PROSA de OMI y Excel en:

- 2005: situación previa a la publicación en 2006 del documento "Marco conceptual de la Enfermería del Área 5 de A.P. de Madrid" (3), que incluye una "Guía para la realización de Planes de Cuidados en OMI-AP, (V.6)" y previa a la realización de la primera fase (abril- noviembre 2006) del Programa formativo en el proceso de cuidados desarrollado por la Dirección de Enfermería.
- 2006
- primer cuatrimestre 2007: previo a la realización, desde mayo de 2007, de la segunda fase del programa formativo del Área.

Se realizó un análisis descriptivo univariante mediante distribución de frecuencias.

**AUTOR/ES:**

Roldán Merino, J. F.; Foix Sanjúan, A.; Quilez Jover, J.; Montserrat , M.; Farreras, P.; Santos, A.; Zamora, M.; Osorio, Y.; Vicens E.; Vaquerizo, A.

**TÍTULO:**

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DISEÑADO PARA LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DE ENFERMERÍA.

**TEXTO DEL TRABAJO:****INTRODUCCIÓN:**

El tratamiento psiquiátrico ha pasado de un modelo hospitalario a un modelo comunitario, trasladando la asistencia sanitaria al medio más cercano al paciente. Dentro de esta visión la visita domiciliaria aparece como un instrumento que permite el abordaje y solución de muchos de los problemas planteados en el tratamiento ambulatorio: desconocimiento de la dinámica familiar, del entorno, falta de implicación de la familia o abandono terapéutico entre otros.

Un estudio realizado en Londres demuestra que la asistencia domiciliaria reduce la estancia media hospitalaria en un 80%, sin aumentar el número de ingresos, al permitir la coordinación y continuidad de los cuidados dentro del entorno natural del paciente (M.Muijen, I.Marks, I. Connolly y B. Audini, 1992). Aunque son pocos los estudios que analizan el impacto que produce un miembro psiquiátricamente enfermo sobre el resto de los componentes de la familia es lógico y comprensible pensar que la familia se siente desbordada por sus propios sentimientos y la difícil situación a afrontar (Mac Carthy, 1998).

**OBJETIVOS DEL ESTUDIO:****General:**

Evaluar el impacto de un programa de visitas domiciliarias en pacientes esquizofrénicos sobre la contención sociofamiliar y la utilización de servicios de asistencia psiquiátrica.

**Específicos:**

- 1.Determinar el consumo de recursos (utilización de servicios) de cada grupo del estudio.
- 2.Comparar la capacidad de autonomía entre los pacientes a los que se ha realizado el programa y a los que no.
- 3.Comparar la carga familiar entre los pacientes a los que se ha realizado el programa y a los que no.

**DISEÑO:**

Estudio experimental de intervención con asignación aleatoria con un grupo control.

**LUGAR DE ESTUDIO:**

El estudio se ha realizado en los Centros de Salud Mental de adultos de Cornellá y en el de Esplugues, que atienden a una población adulta de 66.529 habitantes y de 67.772 habitantes respectivamente, en el Baix Llobregat del área metropolitana de Barcelona.

**PERIODO DE ESTUDIO:**

El estudio se ha realizado durante el periodo de 2003 a 2005.

**POBLACIÓN DIANA:**

Sujetos de ambos sexos, con diagnóstico de esquizofrenia, en contacto con el CSM. Se incluyeron 310 sujetos que cumplían con los criterios de inclusión:

Criterios de inclusión: evolución mínima 2 años, edad entre 18 y 64 años y con historia activa en el Centro de Salud Mental.

Criterios de exclusión: carecer de familia o alguna persona de referencia y apoyo, que exista un trastorno primario de lesión cerebral orgánica y que el paciente no acepte participar en el programa.

**POBLACIÓN DE ESTUDIO:**

Se seleccionó una muestra aleatoria de la población diana asumiendo un riesgo (alfa) de 0,05 y una potencia del 80% para detectar diferencias relevantes entre los dos grupos de un 30% en la variación de la carga familiar.

Se han incluido 94 pacientes, 47 en cada grupo (control e intervención). De los 94 pacientes, se han excluido 12 enfermos, 6 del grupo intervención y 6 del grupo control. Se han comparado las características iniciales de los pacientes que han finalizado el estudio, con los excluidos del estudio y no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en ninguna de ellas.

## DEFINICIÓN DE VARIABLES

### • Variables dependientes:

Nº de visitas a urgencias durante el periodo del estudio. Ingreso hospitalario durante el periodo del estudio (SI/NO): como mínimo un ingreso durante el estudio. Nº de ingresos hospitalarios durante el periodo del estudio. Duración total, en días, de los ingresos psiquiátricos. Variación del índice de dependencia de las AVD al final del estudio respecto al del inicio del estudio. Variación del índice de dependencia de las AVDL (Lawton) al final del estudio respecto al del inicio del estudio. Variación de la carga familiar al final del estudio respecto a la del inicio del estudio.

### • Variables independientes:

Variables descriptivas (edad, sexo, años de evolución, nivel de estudios, parentesco del familiar de referencia). Cumplimiento del tratamiento. Tipo de grupo (0 intervención, 1. control). Índice de dependencia de las AVD al inicio del estudio. Índice de Lawton al inicio del estudio. Índice de carga familiar al inicio del estudio.

### ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se ha realizado un análisis univariante mediante las prueba de Chi cuadrado y la t de Student. Posteriormente se ha efectuado un análisis multivariante utilizando un modelo de regresión logística, introduciendo como variables independientes aquellas que en el análisis univariante han tenido un nivel de significación  $< 0,10$ .

### RESULTADOS:

1. Determinar el consumo de recursos (utilización de servicios) de cada grupo del estudio.

Para cada uno de los grupos de estudio se han recogido el nº de ingresos y el nº de visitas a urgencias durante el periodo de estudio. Del nº de pacientes que han requerido ingreso (12 pacientes), 9 (22,0%) han sido en el grupo control y 3 (7,3%) en el grupo intervención. Del nº de pacientes que han requerido visitas a urgencias (11 pacientes), 6 (14,6%) han sido en el grupo control y 5 (12,2%) en el grupo intervención.

2. Comparar la capacidad de autonomía entre los pacientes a los que se ha realizado el programa y los que no.

Se ha analizado a partir de la variación del índice de Brody, ya que con el índice de Katz, el 92,6% de los pacientes tenían independencia en todas las funciones.

La variación de la capacidad de autonomía medida por el índice de Brody se ha definido como el valor obtenido al final del estudio menos el valor basal o del inicio del estudio. Cuando la diferencia ha sido positiva se ha considerado una mejoría de la capacidad de autonomía (22,3%), cuando ha sido negativa, un empeoramiento (21,3%), y cuando ha sido de 0, se ha considerado que no ha habido variación. Para analizar la relación de la variación de la capacidad de autonomía y el grupo de estudio, esta variación se ha agrupado en 2 categorías: mejoría y no mejoría (que ha incluido la no variación y el empeoramiento). En el análisis univariante se han encontrado diferencias estadísticamente significativas, en el sentido de que los pacientes del grupo intervención han presentado más porcentaje de mejoría de la capacidad de autonomía (41,5%) que los del grupo control (9,8%) con una  $p = 0,002$ . Se ha realizado un análisis multivariante mediante una regresión logística, teniendo como variable dependiente la variación de la capacidad de autonomía (0 = no mejoría, 1 = mejoría). Se han entrado en el modelo el grupo de estudio (0: control, 1 = intervención), la edad, el sexo (0 = mujer, 1 = hombre) y el índice de brody inicial (0 = más dependiente, 1 = más independiente). El grupo intervención ha mejorado significativamente la capacidad de autonomía, ajustando por la edad, el sexo y el índice de brody inicial, con una OR = 6,6 (IC 95% 1,8 24,76).

3. Comparar la carga familiar en cada uno de los grupos.

La variación de la carga familiar se ha definido como la puntuación de cada factor obtenido al final del estudio menos el valor basal o del inicio del estudio. Para cada factor el valor obtenido se ha agrupado en 3 categorías: mejoría, empeoramiento y no variación.

Posteriormente para realizar el análisis de relación de la variación de la carga familiar y el grupo de estudio, esta variación se ha agrupado en 2 categorías mejoría y no mejoría (que incluye la no variación y el empeoramiento).

En el análisis univariante se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la variación de la carga familiar, con el factor 2 ( $p < 0,0001$ ) y el factor 4 ( $p = 0,008$ ), en el sentido de que los pacientes del grupo intervención son los que han presentado más mejoría de la carga familiar.

En los otros factores, aunque el porcentaje de mejoría ha sido también superior en los pacientes del grupo intervención, las diferencias no han sido estadísticamente significativas.

Para cada factor de carga familiar se ha realizado un análisis multivariante mediante regresión logística, como variable dependiente la variación (0= no mejoría, 1= mejoría). Como variables independientes se han introducido en el modelo el grupo de estudio (0= control, 1= intervención), la edad y el sexo ( 0 =mujer, 1 = hombre).

La intervención ha mejorado significativamente la carga familiar (ajustado por edad y sexo) en el factor 2 (OR = 16,36, IC 95% 4,9 - 54,2) y el factor 4 (OR = 4,52; IC 95% 1,5 - 13,3). En los factores 1 y 5 las diferencias han sido casi significativas (p=0,06).

#### CONCLUSIONES:

- El programa de visitas domiciliarias mejora la capacidad de autonomía en los pacientes, independientemente de la edad, sexo e índice de dependencia de Brody inicial.
- Los pacientes mas dependientes al inicio del estudio son los que más mejoran su dependencia.
- El programa de visitas domiciliarias mejora la carga familiar independientemente de la edad y el sexo del paciente, sobre todo en la ayuda recibida el familiar y en la actividad positiva del paciente
- El programa de visitas domiciliarias no influye con las visitas a urgencias de los pacientes.
- El factor que mas influye con las visitas a urgencias ha sido la carga familiar inicial sobre todo la ayuda recibida, de manera que cuando hay más carga, hay más riesgo de visitas a urgencias.
- La variación de la capacidad de autonomía y la variación de la carga familiar no han influido en las visitas a urgencias.
- El programa de visitas domiciliarias disminuye los ingresos hospitalarios, aunque las diferencias no han sido significativas, pero puede ser debido a una baja potencia por el bajo nº de individuos estudiados o porque el seguimiento ha sido corto.
- La variación de la capacidad de autonomía y la variación de la carga familiar no han influido en los ingresos hospitalarios.

Estudio financiado por: Fundació La Marató de TV3 (Exp.013210, con una financiación de 23.933 €) y por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS). Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo (Exp.PI021551, con una financiación de 36.570,00 €)

#### BIBLIOGRAFÍA:

- Artigues, E.M. Asensio, Lorient, T. Obis, B. Llorens, E. Motis, M. Sáez, G. Mata, S. Visitas domiciliarias ¿Qué opina la población? ROL 1990 Octubre; XIII (146): 68-71.
- Bowling, A. La medida de la salud. Revisión de las escalas de medida de la calidad de vida. BCN: Masson; 1994.
- Brown, G. Influencia de la vida familiar en el curso de los trastornos esquizofrénicos: una reproducción. BJ Psychiatry 1972; (121): 241-258.
- Burgos, R. Metodología de la investigación y escritura científica en clínica. 1ª Ed. Granada: EASP, 1998.
- Corral Santoveña, R. Los pacientes opinan sobre la visita domiciliaria. ROL 1996 Junio; XIX (214): 19-22.
- De las Cuevas Castresana, C. La sobrecarga de la familia como consecuencia del cuidado de un paciente esquizofrénico. Dentro de: Rodríguez Pulido, F. Psiquiatría social y comunitaria. Canarias: ICEPPS; 1997. p. 869-878.
- Ferre Grau C, Burjales Marti, D. Historia psicosocial de la enfermería domiciliaria. Guía práctica. Enfermería científica 1996 Enero-Febrero; (166-167): 54-56.
- Lindoso Lopez, T. Volencia Barrera, T. Fernández Silvela, S. Alvarez Otero, S. Alvarez Mazareigos, J.A. Monitorizar un Programa de atención domiciliaria. ROL 1994 Abril; XVII (188): 13-16.
- Magias Lizanco, F. La visita a domicilio. Generalidades. Dentro de: Lopez, I. Atención domiciliaria. Diagnósticos de enfermería. Madrid: Interamericana, 1994. p. 1-43.
- Martín Lorenzo, B. Atención domiciliaria en Salud Mental. Dentro de: Apuntes de Enfermería psiquiátrica. Zaragoza.
- Martínez A, Nadal S, Beperet M y Mendióroz P. Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes. Anales sistema sanitario Navarra 2000; 23 (suplemento 1).
- Muijen, M. Asistencia domiciliaria y asistencia hospitalaria estándar en pacientes con enfermedad mental grave. BJM 1992, Diciembre; 7(11): 22-32.

**AUTOR/ES:**

Zuila Maria de Figueiredo Carvalho - Pós-Doctora en Enfermería ; Paula de Oliveira Fontenele Moraes - Enfermera ; Gyssele Agostinho Rolim - Enfermera ; Paulo Cesar de Almeida - Doctor en Epidemiología

**TÍTULO:**

ACCESIBILIDAD EN SILLA DE RUEDAS EN LAS CLÍNICAS Y CONSULTORIOS DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRURGIA DE FORTALEZA

**TEXTO DEL TRABAJO:****INTRODUCCIÓN**

Se trata de una investigación realizada en el ámbito del Programa de Iniciación Científica de la Universidad Federal del Ceará, con una bursátil financiada por el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico.

Deficiencia es todo y cualquier compromiso que afecta la integridad de la persona y trae perjuicios para su locomoción, en la coordinación de movimiento, en el habla, en la comprensión de informaciones, en la orientación espacial o en la percepción y contacto con las otras personas[1].

Deficiencia física es el compromiso de la movilidad, coordinación motora general o de el habla, causado por lesiones neurológicas, neuromusculares y ortopédicas o por mala formación congénita o adquirida [2,3]. Las deficiencias pueden ser parte o una expresión de una condición de salud, pero no indican necesariamente la presencia de enfermedad o que la persona deba ser considerada enferma.

Accesibilidad es concebida como "la posibilidad y condición de alcance para utilización, con seguridad y autonomía, de edificaciones, espacio, mobiliario y equipamiento urbano"[4,5,6]. En nuestra comprensión, accesibilidad es realizar un camino, en lo cual sea posible de conducir adecuadamente y con seguridad alguien que se desplaza sobre ruedas.

La accesibilidad en silla de ruedas, quiere sea, en el interior de la residencia, o en el ambiente exterior se constituye un elemento decisivo de autonomía, independencia e integración de la persona portadora de deficiencia motora, pensamiento por nosotros compartido con investigadores portugueses[7,8].

La propuesta ora presentada es relevante porque visa evaluar las condiciones de accesibilidad existentes en las clínicas y consultorios de neurología y neurocirugía de la ciudad de Fortaleza, con el objetivo de sensibilizar a los propietarios y la sociedad para la necesidad de hacer estos establecimientos apropiados a los portadores de deficiencia que se locomoven a través de sillas de ruedas, garantizando-les el derecho a la accesibilidad. Se constituye también, un nuevo recorte en la construcción del conocimiento en el área de la Enfermería Neurológica.

**OBJETIVOS:**

1. Evaluar las condiciones de accesibilidad en silla de ruedas y las barreras arquitectónicas, que dificultan el acceso a las clínicas y consultorios de neurología y neurocirugía de la Ciudad de Fortaleza en cuatro áreas de accesibilidad consideradas relevantes: aparcamiento, rampas de acceso, paseos y entradas.

2. Identificar la existencia de accesibilidad para personas en uso de silla de ruedas en las áreas externas en los aparcamientos, paseos, rampas de acceso y en las puertas de entrada de las clínicas y consultorios de neurología y neurocirugía.

3. Conocer las barreras arquitectónicas existentes en los aparcamientos, en las rampas de acceso, en los paseos, en las puertas de entrada de las clínicas y consultorios investigados.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio exploratorio-descriptivo con abordaje cuantitativo. La opción por ese método reposa en el hecho de la investigación exploratoria proporcionar mayores informaciones sobre determinado asunto, aliado a los aspectos de que en los estudios descriptivos hechos son observados, registrados, analizados, clasificados e interpretados, sin que el investigador deba intervenir en ellos [9,10].

La colecta de datos fue realizada en el periodo de Noviembre de 2006 a la Febrero de 2007, por medio de la observación directa de las condiciones ambientales de los establecimientos. El instrumento utilizado para la colecta de datos: un cuestionario con cuestiones relativas a los datos de las cuatro áreas de accesibilidad consideradas relevantes: aparcamiento, rampas de acceso, paseos y entradas.

Los datos fueron organizados en tablas a menudo absoluta y relativa de las variables analizadas. Fueron analizados de forma descriptiva y la discusión de los resultados tuvo como base la Norma 9050 NBR de la ABNT y la literatura pertinente.

El proyecto del estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación COMEPE de la Universidad Federal de Ceará. Los aspectos éticos de la investigación obedecieron a las instrucciones de la Resolución En el 196 de 19 de octubre de 1996, del Consejo Nacional de Salud[11].

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La Asociación Brasileña de Normas Técnicas (ABNT) es el Fórum Nacional de Normalización. Las Normas Brasileñas, cuyo contenido es de responsabilidad de los Comités Brasileños (ABNT/CB) y de las Comisiones de Estudio Especiales Temporales (ABNT/CEET), son elaboradas por Comisiones de Estudio (CE), formadas por representantes de los sectores envueltos, de ellas formando parte: productores, consumidores y neutros (universidades, laboratorios y otros).

Áreas relevantes

### LOS APARCAMIENTOS

• Los hallazgos evidencian que el 95% de los consultorios y el 100% de las clínicas no poseen aparcamiento para deficientes físicos conforme es exigido en la legislación vigente de nuestro país e internacionalmente. El acceso de vehículos dirigidos por personas portadoras de deficiencia debe ser señalado por el Símbolo Internacional de Acceso, acompañado, de flecha indicativa del sentido de desplazamiento, como debe estar de acuerdo con la Legislación Nacional de Tráfico.

### LAS RAMPAS DE ACCESO

• El 67% de los consultorios y del 57% de las clínicas poseen rampas de acceso, sin embargo las mismas no atienden las especificaciones de la Asociación Brasileña de Normas Técnicas como: existencia anchura mínima de 1,5 m, presencia de corrimão doble, la pavimentación de las rampas tienen rebordos laterales.

### LOS PASEOS Y VÍAS DE ACCESO

• Relación a los paseos, el 92 % de los consultorios y del 75 % de las clínicas andan con anchura adecuada, sin embargo, algunos establecimientos, no presentan las especificaciones de las normas de la ABNT, como: inclinación adecuada del paseo, superficies planas; revestimiento adecuado con material de buena adherencia; obstáculos a la circulación.

### LAS ENTRADAS

• Las puertas de entrada, el 83% de los consultorios y el 81% de las clínicas poseen patrón adecuado. Sin embargo el 72% no poseen pestillos manuales horizontales y localización de estos entre 0,9m y 1,10 m de altura y el 74% no poseen rampas de acceso en la entrada.

En las entradas principales de las edificaciones de uso público, debe existir el Símbolo Internacional de Acceso, identificando e indicando el acceso adecuado a las personas portadoras de deficiencias[4,6]. Lo que eso ocasiona a los deficientes físicos, debido a la dificultad de locomoción, es el aislamiento espacial a la salud, educación, trabajo y ocio además del aislamiento social.

Si la sociedad fuera atenta para las dificultades vividas diariamente por un deficiente físico, observaría que un pequeño detalle es capaz de facilitar la vida de esa persona.

Sin embargo, para que estos deficientes hayan acceso a sus derechos, débese colocar en práctica la política desarrollada sobre la inclusión de estos en la sociedad, rehabilitación, accesibilidad en el mercado de trabajo y arquitectónica para que, así, los deficientes puedan sentirse útiles e integrados a la sociedad.



## CONCLUSIÓN

Los hallazgos evidenciam que la mayoría de los establecimientos presenta ambiente físico, en relación a los aspectos generales de las cuatro áreas de accesibilidad, relevante, sin embargo, a pesar de la existencia de esos aspectos facilitadores de la accesibilidad, el observado es que no presentan las especificaciones satisfactorias de cada área conforme las normas de la ABNT al acceso en sillas de ruedas, dificultando, así, la locomoción de los deficientes motores y la efectivación de su derecho de ir y venir.

El estudio presenta como implicación para la práctica profesional la oportunidad de que los enfermeros conozcan bajo nueva óptica la problemática de las personas portadoras de deficiencia motora y también, aquellas con dificultades de locomoción los aspectos relativos la accesibilidad como una manera de garantizar la práctica de la ciudadanía y la mejoría de la calidad de vida de estas personas.

Esperamos haber contribuido de manera significativa para el enriquecimiento de la base de conocimiento de la enfermería neurológica, nuestro antojo de transmitir los conocimientos, las experiencias y la sabiduría adquiridos con esta tematica poco explorada por los enfermeros es otra vertiente de nuestra investigación.

## IMPLICACIONES

Ese estudio és relevante para la práctica profesional porque él presenta un nuevo recorte acerca de la accesibilidad, así esperamos haber contribuido de manera significativa para el enriquecimiento de la base de conocimiento de la enfermería neurológica, nuestro antojo de transmitir los conocimientos, las experiencias y la sabiduría adquiridos con esta tematica poco explorada por los enfermeros es otra vertiente de nuestra investigación.

## BIBLIOGRAFÍA:

- 1.Carvalho, Zuila .Maria de Figueiredo. Cidadania y calidad de vida de lãs personas com lesion medular. Revista: Enfermeria Integral. No 74, págs. 20-26, Junho de 2006.
- 2.Henriques, Fernandes., Paraplegia: percursos de adaptação e qualidade de vida. Coimbra: Edições Sinais Vitais, 2004.
- 3.Carvalho, Zuila .Maria de Figueiredo. Cuidado de enfermagem com pessoas paraplégicas hospitalizadas: estudo à luz da teoria de Jean Watson. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza.
- 4.ABNT-ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências a edificações, espaço mobiliário e equipamentos urbanos. NBR 9050/2004. Rio de Janeiro, 2004.
- 5.Adaag Nações Unidas . Persons with disabilities. Diseño de Lugares Accesibles. Guia de Diseño y Lista de Comprobacion para la Eliminacion de las Barreras Arquitectonicas. Site oficial [www.un.org/esa/socdev/enable/design/](http://www.un.org/esa/socdev/enable/design/) data documento 24/08/2000. [Acesso em 13/06/2007].
- 6.Corde Os direitos das pessoas portadoras de deficiência. Lei nº 7.853/89, Decreto nº 914/93. Brasília: CORDE. 1996.
- 7.Pinheiro, João. Pascoal., A cadeira de rodas e o traumatizado vértebro medular. Estudo II. Revista Intercções. 2004; n. 6 pp. 184 - 198.
- 8.Amaral L, C., Acessibilidade e barreiras arquitectónicas. In: Pinheiro, J.P. (coordenação) Cadeira de Rodas: da clinica ao utilizador. Coimbra: Quarteto, 2004
- 9.Polit , Denise.; Beck, C.; Hungler, B .Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ªEd. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- 10.Creswell L. J.W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2ª ed. Porto Alegre:ARTMED. 2007.
- 12.MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Resolução N° 196/96: sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996. 24

**AUTOR/ES:**

Ugalde Apalategui, M. Lluch Canut, M.T. Puig Llobet, M. Lizalde Ibáñez, B. Lopez Montoro, F. Ortiz de Zárate San Agustín, A.

**TÍTULO:**

Estudio multicéntrico del uso y utilidad de las taxonomías enfermeras en unidades de hospitalización psiquiátrica

**TEXTO DEL TRABAJO:**

Proyecto financiado por: Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS). Programa de Promoción de la Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud (Plan Nacional de I+D+I 2004-2007). Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo (nº expediente: PI05/90132).

**INTRODUCCIÓN**

El desarrollo e implementación de instrumentos clínicos que fomenten la obtención de información fiable y válida, se ha convertido en la actualidad en un elemento crucial para cualquier disciplina clínica, en aras de proporcionar herramientas de diagnóstico fiables para la detección de las situaciones de salud que presentan los pacientes y para la verificación de la eficacia terapéutica de las intervenciones.

Esto ha supuesto un interés creciente por el uso y la validación de las taxonomías enfermeras en distintos ámbitos. Este auge de las taxonomías viene en parte fundamentado por el reconocimiento de que los criterios diagnósticos fiables son requisitos previos para poder realizar estudios epidemiológicos válidos, identificar los problemas más frecuentes que presentan los pacientes en distintos ámbitos sanitarios, demostrar las aportaciones que realizan las enfermeras para la mejora de la salud y por supuesto la planificación de los recursos asistenciales y humanos en los centros de salud y los costes atribuibles.

El marco de referencia del que partimos, tiene en cuenta diversos supuestos, entre ellos, los documentos elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), respecto a los criterios de clasificación de las enfermedades. La Conferencia Internacional para la Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades aprobada en 1989 y adoptada en el año 1993 (CIE-10) recomendó que la OMS, se guíe por el concepto de "familia de clasificaciones y problemas relacionados con la salud". Dado que la clasificación, presentaba ciertas dificultades de adaptación para algunas especialidades o para necesidades en el ámbito de Atención Primaria de Salud. La OMS y los centros colaboradores de la OMS, crean esta nueva revisión para obtener información necesaria para la salud en todos los niveles de asistencia y compensar las distintas necesidades en el ámbito de la salud pública.

El desempeño de las competencias profesionales en los distintos servicios de salud, en las distintas situaciones de cuidados a los pacientes y las comunidades, suponen para los profesionales de enfermería actividades múltiples y complejas, que dependen del acceso exacto y oportuno a la información apropiada. El registro clínico es el principal vehículo de comunicación de información sobre el paciente entre los miembros del equipo multiprofesional de atención directa de salud y una herramienta importante para la evaluación y la medición de la calidad de los servicios de salud. Las Hojas de Registro de la documentación deben ser comprensibles y fáciles de usar, estar organizadas en función de las características clínicas y responder a la necesidad prioritaria de asignar el tiempo de enfermería en forma eficaz.

Así mismo esta información sistematizada de la documentación clínica debería generar bancos de datos que provean información para el desarrollo de investigaciones enfermeras.

En nuestro proyecto, utilizamos las Taxonomías enfermeras, NANDA, NOC Y NIC (NNN) debido a que tienen un reconocimiento tanto en el ámbito nacional, como internacional, a la existencia de mayores evidencias en cuanto a su utilización y aplicabilidad a las situaciones de cuidados de salud y a un mayor desarrollo de la investigación y validación de sus categorías, lo que permite la comparación de resultados y facilita los objetivos del estudio.

Las taxonomías cumplen criterios de utilidad como: Valor profesional, al identificar las acciones que deben llevar a cabo las enfermeras y estar centradas en el cliente/paciente. Son compatibles con el sistema sanitario actual ofrecen orientación para tomar decisiones sobre salud.

1.- Objetivos: a) Analizar los diferentes tipos de Taxonomías enfermeras que se utilizan en los planes de cuidados de enfermería a pacientes psiquiátricos hospitalizados. b) Identificar la Taxonomía enfermera que más se utiliza en los planes de cuidados de enfermería a pacientes psiquiátricos hospitalizados. c) Determinar las etiquetas enfermeras prevalentes (NANDA, NOC y NIC) en los distintos grupos de patologías psiquiátricas. d) Analizar la correlación entre las etiquetas diagnósticas de la NANDA identificadas para los diferentes tipos de patologías psiquiátricas, las intervenciones (NIC) realizadas y los resultados (NOC) obtenidos.

2.- Métodos:

Diseño: Multicéntrico de carácter descriptivo y correlacional.

Sujetos: La muestra se ha extraído de cinco centros hospitalarios: Centros Asistenciales de Salud Mental Benito Menni en Sant Boi de Llobregat. Centros Asistenciales Dr. Emili Mira i López en Santa Coloma de Gramanet. Hospital Psiquiátrico y Red Extrahospitalaria de Salud Mental de Álava. Unidad de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona), Unidad de Psiquiatría de Agudos. Complejo Hospitalario Universitario Hospital Universitario Juan Canalejo de A Coruña.

VARIABLES: Se han analizado un total de 21 variables agrupadas en cuatro bloques:

1) Variables referidas a las características de los centros estudiados; 2) Variables referidas a las características generales de los sujetos; 3) Variables referidas a los Sistemas de Nomenclatura o Taxonomías Enfermeras utilizadas en los Planes de Cuidados de Enfermería; 4) Variables referidas a los Diagnósticos Médicos y de Enfermería.

3.- Resultados:

La muestra general esta compuesta por n=907 sujetos con una media de edad de 42,12 años, una desviación típica de 15,26 y un rango que va de 15 a 84 años.

Se observa que el mayor porcentaje de ingresos (79,1%) son de tipo urgente y sólo un 20% de los ingresos son programados.

En relación a la variable "tipo de diagnóstico médico", se han obtenido un total de 32 diagnósticos con un porcentaje superior al 1% del total de la muestra, lo cual supone que el diagnóstico ha sido identificado al menos para 9 sujetos. El diagnóstico médico de mayor prevalencia es el 295.3 "Esquizofrenia paranoide" (19,2% de los sujetos), seguido del 296.4 "Trastorno afectivo bipolar, episodio maníaco" (9 % de los sujetos) y del 295.7 "Trastorno esquizoafectivo" (8,9% de los sujetos). En relación a los "GDR", el grupo diagnóstico más frecuente es el 430 "Psicosis" con un porcentaje del 71,2%, seguido con un porcentaje muy inferior por el 521 "Abuso o dependencia de Alcohol / Drogas" con un 9,6%.

Para la identificación de problemas, todos los centros utilizan la taxonomía diagnóstica de la NANDA. Tres centros utilizan también listados propios de problemas interdependientes.

En este estudio, las enfermeras, han realizado un total de 4.256 diagnósticos de enfermería, formulados a partir de la lista de etiquetas diagnósticas de enfermería de la Taxonomía II NANDA, 2004 (n=167). Equivale a un promedio de 4,69 diagnósticos por sujeto, lo cual es concordante con la literatura. En cuanto a la distribución de las etiquetas diagnósticas, 37 se han identificado con una prevalencia superior al 3%, 17 aparecen una sola vez (prevalencia 0,13%) y 57 etiquetas diagnósticas, no se han identificado en ninguna ocasión.

Se han seleccionado como más prevalentes, superando el 10% de prevalencia, 15 etiquetas diagnósticas de enfermería, el más frecuente es el 00095 "Deterioro del patrón de sueño" que se da en el 51,4% de los sujetos. Otros diagnósticos que tienen una elevada prevalencia (superior al 30%) son: 00130 "Trastorno de los procesos del pensamiento" (45,7% de los sujetos), 00146 "Ansiedad" (37,7%), 00138 "Riesgo de violencia dirigida a otros" (37,7%) y 00140 "Riesgo de violencia autodirigida" (30,3%).

4.- Discusión

Se evidencia que de las tres taxonomías enfermeras propuestas (NANDA, NOC y NIC), en el periodo estudiado, solo se está utilizando la taxonomía diagnóstica NANDA, en todas las Unidades estudiadas. Esto es coherente con la evolución que están teniendo estas taxonomías en su proceso de uso e implantación en el ámbito nacional. Los resultados están en sintonía con la mayoría de estudios localizados hasta el momento ya que casi todos están analizando solamente el uso de la taxonomía NANDA. En la práctica, la identificación de diagnósticos prevalentes, identificados en las distintas patologías mentales, proporciona apoyo para mejorar la gestión de los recursos –humanos y materiales- en los centros asistenciales, así como para elaborar las Guías de Práctica Clínica, Normalizar los Planes de Cuidados Estandarizados y así establecer mejoras en los criterios de

calidad de la atención que se presta a los usuarios.

#### 5. Conclusiones

Las evidencias encontradas de los problemas más comunes que atienden las enfermeras en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, los diagnósticos de enfermería prevalentes según la taxonomía II de la NANDA, dan soporte empírico para realizar los planes de cuidados estándar de los programas informáticos que se están implantando en los principales Hospitales Psiquiátricos.

La identificación de diagnósticos prevalentes en base a la taxonomía II NANDA, en las distintas patologías mentales, proporciona apoyo para mejorar la gestión de los recursos –humanos y materiales- en los centros asistenciales, así como para establecer mejoras en los criterios de calidad de la atención que se presta a los usuarios.

Estos planteamientos son los que perfilan las futuras líneas de investigación en el uso y utilidad de las taxonomías enfermeras. Cuando enfermería disponga de una abundante base de evidencia, elaborada a partir de lenguajes comunes, en poblaciones, situaciones clínicas y contextos iguales y diversos, se podrá reafirmar la significación y la generalización –si cabe- de las conclusiones que aportamos en nuestro estudio.

Conjugando los resultados obtenidos en relación al uso de las taxonomías enfermeras con las características de desarrollo de las unidades estudiadas, podemos esperar que en un breve espacio de tiempo, el uso integrado de las taxonomías NANDA, NOC y NIC en los Planes de Cuidados será una realidad, lo cual nos permitirá avanzar de forma considerable tanto en el ámbito de los cuidados asistenciales directos como en el ámbito de la investigación. No podemos olvidar que el fin último de estas taxonomías es dotar a la profesión de un lenguaje común que permita avanzar hacia la calidad de los cuidados.

Quisiéramos reflejar una última conclusión a modo de estímulo para el avance global de la profesión y, de forma muy especial, para el estímulo de los profesionales de la enfermería que trabajan en salud mental: pensamos que utilizar las taxonomías enfermeras es una buena alternativa para conseguir uno de los objetivos más necesarios de nuestra profesión que es “hacer visible nuestra contribución al bienestar general de las personas”.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

- del Pino Casado, R. Ugalde Apalategui, M. Líneas de investigación en diagnósticos enfermeros. *Enfermería Clínica*. Vol 9. núm. 3. pags. 115-120. 1999.
- Gunn Von Krog, Cecilie Dale, Dagfinn Nåden. A framework for integrating NANDA, NIC, and NOC Terminology in Electronic Patient Records. *Journal of Nursing Scholarship*; Third Quarter 2005; 37, 3; Health & Medical Complete. Pg. 275-281.
- Laguna Parras JM, Jerez Rojas MR. Plan de cuidados para el paciente con trastorno mental. *Rev Presencia* 2006 ene-jun; 2(3). Disponible en <<http://www.index-f.com/presencia/n3/34articulo.php>>. Consultado el 12 de septiembre de 2007.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la Salud (CIE-10). Décima revisión. Volumen 1. Publicación Científica, nº 554. Organización Panamericana de la Salud, Washington, 2001
- Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo de sistemas normalizados de información de Enfermería. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 2002. 2002, 170 pp
- Rigol, A. Ugalde, M. *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica*. 2ª ed. MassonElsevier. Madrid. 2006.
- Román Cereto M, Campos Rico A, Viñas Heras C, Palop R, Zamudio Sánchez A, Domingo García R, et al. Las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC en la práctica asistencial hospitalaria. *Enferm Clin*. 2005;15(3):163-7.
- Sales R, Albertos S, Leal MI, et al. Diagnósticos de enfermería: aplicación en psiquiatría. *Rev Rol Enfer*. 1990 jun, XIII (142): 63-66.
- Santiuste, M, Salorio P, Flores MD, Rentero A. Diagnósticos de Enfermería: aplicación en trastornos esquizofrénicos agudos. *Rev Enfermería Científica*, núm. 134 mayo 1993: 28-31.
- Shives, Louise Rebraca. *Enfermería psiquiátrica y de salud mental: conceptos básicos*. 6ª Ed. McGraw-Hill. Madrid. 2007.
- Ugalde Apalategui, M; Rigol i Cuadra, A. Diagnósticos de enfermería. taxonomía NANDA. 1ª ed. 1995 (reimpresión 1999). Masson, Barcelona.

**AUTOR/ES:**

Diana Marcela Achury Saldaña

**TÍTULO:**

EFECTOS DE UN PLAN EDUCATIVO EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y NO FARMACOLOGICO EN LOS PACIENTES CON FALLA CARDIACA

**TEXTO DEL TRABAJO:****1.Introduccion**

La falla cardiaca se constituye en una entidad patológica con un gran impacto en la población general, se considera uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, con repercusiones económicas y sociales de gran magnitud. En Colombia, según el sistema de información RIPS 2005 (Ministerio de Protección Social), constituye aproximadamente el 6% de las hospitalizaciones en adultos, con un promedio de estancia hospitalaria de 5,8 días, un 7 % de las consultas al servicio de urgencias y aproximadamente un 2% de las causas de mortalidad global, teniendo en cuenta que estas estadísticas son independientes a otros diagnósticos de enfermedad cardiovascular, altamente relacionados, como la enfermedad coronaria y el cor pulmonale, que ubican globalmente a la enfermedad cardiovascular como la primera causa de muerte hoy en día en nuestro país. La pirámide de población de Colombia se encuentra en transición con aumento del grupo de edad avanzada y se enfrenta al fenómeno de polarización epidemiológica desencadenando que el envejecimiento y por ende la enfermedad cardiovascular manifestada en muchas oportunidades como falla cardiaca, sea la primera causa de muerte para los años venideros. Ante una enfermedad crónica e irreversible, es necesario conocer el grado de adherencia que tienen los pacientes entendida como una expresión concreta del autocuidado que depende del compromiso, participación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado. Los estudios muestran que en los países desarrollados, la adherencia a los tratamientos a largo plazo en la población general es de alrededor de 50%, porcentaje determinado gracias a la utilización de herramientas tales como el Test de Moriski-Green-Levine, el cual evalúa la adherencia al tratamiento farmacológico en cualquier enfermedad crónica y resulta mucho menor en los países en desarrollo. La adherencia terapéutica deficiente es la razón principal de que no se logren los beneficios clínicos, razón por la cual se desarrollan complicaciones físicas y psicosociales, afectando negativamente la calidad de vida de los pacientes y generando un alto costo en los recursos de atención de salud.

Lo anterior lleva a señalar que la adherencia al tratamiento en los pacientes con falla cardiaca es un desafío que involucra la competencia profesional, por eso es necesario desarrollar estrategias que promuevan la participación y compromiso de las personas a través de la implementación de la educación como un componente esencial de cuidado de enfermería que permite formar, convencer, motivar y fortalecer a las persona para que participen activamente en su tratamiento, aprendan a acoplar las posibles limitaciones de su enfermedad con su actividad diaria y se motiven para afrontarlas.

**2.Objetivo(s):**

- Determinar el efecto de un plan educativo que fomenta el autocuidado y la adherencia al tratamiento en un grupo de pacientes hospitalizados en el Hospital San Ignacio con diagnóstico de falla cardiaca.

- Determinar la adherencia al tratamiento que presentan los pacientes con falla cardiaca hospitalizados en el Hospital Universitario San Ignacio, antes y después de la aplicación del plan educativo que fomenta el autocuidado.

3.Métodos: Se realizó un estudio cuasiexperimental aplicado a los pacientes adultos con diagnóstico de falla cardíaca hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Universitario de San Ignacio durante los meses de diciembre a mayo de 2004-2006, en el cual se evaluaron los efectos de un plan educativo estableciendo la capacidad de adherencia inicial y la posterior, transcurridos 30 días.

La muestra seleccionada corresponde a 50 pacientes adultos con falla cardíaca que cumplieron con los criterios de inclusión, respaldada por los cálculos estadísticos. El estudio se desarrolló en cuatro fases:

Fase A. Construcción y validación facial y de contenido del instrumento

Al revisar la literatura, no se encontraron instrumentos que midan adherencia al tratamiento específicamente en el paciente con falla cardíaca, por lo cual para la elaboración de este instrumento se realizó una amplia revisión bibliográfica. Una vez diseñado el instrumento se realizó su validación de contenido y facial, obteniéndose así el instrumento final, este proceso de construcción y validación se desarrolló en 1 año.

Fase B. Evaluación de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con falla cardíaca hospitalizados. Una vez obtenido el Instrumento Comportamientos de Adherencia con validez de contenido y validez facial se procedió a evaluar la adherencia previa de los pacientes con falla cardíaca aplicando dicho instrumento. El instrumento se aplicó a los pacientes seleccionados diariamente por el investigador y que cumplieran los criterios de inclusión previamente establecidos.

Fase C. Aplicación del plan educativo que fomenta el autocuidado y la adherencia en el paciente con falla cardíaca durante la hospitalización. Se elaboró un plan educativo que contenía las recomendaciones de autocuidado y adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, el cual fue suministrado en forma verbal y escrita al paciente. Estas temáticas se desarrollaron con base a una extensa revisión y análisis bibliográfico y fue consignado en una cartilla que se diseñó para tal fin.

Fase D. Evaluación de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con falla cardíaca posterior a la aplicación del plan educativo. Posteriormente el investigador hizo un seguimiento domiciliario a los pacientes al mes de su egreso, donde se aplicó nuevamente el instrumento para evaluar comportamientos de adherencia al tratamiento, el cual fue diligenciado por el investigador en su totalidad.

#### 4.ANALISIS DE RESULTADOS

En el análisis global de la adherencia antes y después de la aplicación del plan educativo se observó un cambio significativo, puesto que se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el promedio del resultado total obtenido antes y después de la intervención (Valor  $P=0.0001$ ). Esto se atribuye, a que la intervención permitió capacitar al paciente en el manejo adecuado de su tratamiento farmacológico y no farmacológico y al establecimiento de una relación estrecha entre el profesional de enfermería y el paciente, permitiendo una adecuada transmisión de conocimientos, motivación y participación del paciente y su familia en el diario vivir de su enfermedad.

#### 5.DISCUSION

La población en el estudio representa el tipo de individuos determinados como de alto riesgo, incluyendo predominantemente hombres de edad superior a los 65 años, estrato socio-económico bajo y medio y baja escolaridad, lo que lo hace comparable con la población incluida en la literatura mundial. Los resultados demuestran que los pacientes con falla cardíaca presentaban una baja adherencia al tratamiento antes de la intervención educativa representada según la interpretación del valor promedio obtenido a través de los rangos establecidos, puesto que existía un importante déficit de conocimientos acerca de la enfermedad; llama la atención que en el promedio de tiempo de evolución correspondían a 24 meses, no sabían con claridad que significaba falla cardíaca, signos de alarma, manejo del tratamiento farmacológico y no farmacológico. Todo esto es inquietante, ya que, considerando a la falla cardíaca como una de las principales enfermedades crónicas de alto impacto social, emocional y económico, la necesidad fundamental es que estos tengan un compromiso y una participación total en el manejo del tratamiento farmacológico y no farmacológico, con el fin de mejorar sus síntomas y por ende, las complicaciones y las hospitalizaciones a repetición

Los comportamientos más deficientes identificados en el estudio antes de la aplicación del plan educativo que generaban una baja adherencia correspondían al conocimiento del tratamiento farmacológico, dieta, ejercicio, signos de alarma, aceptación de su enfermedad, estado de ánimo, mantenimiento del peso y soporte social. Respecto al soporte social el estudio mostró que uno de los apoyos que buscan los pacientes es la familia, pero en menor proporción programas de apoyo social. Se evidenciaron algunas barreras de acercamiento a estos grupos tales como la no existencia de redes consolidadas y suficientes, así como la falta de motivación en el paciente. Es necesario hacer mayor énfasis en este aspecto estimulando al paciente en la búsqueda de apoyo social, puesto que un apoyo externo genera en el paciente una mayor motivación sintiéndose importante y capaz en cada una de sus actividades aumentando la necesidad de comprometerse en un manejo adecuado del tratamiento. Es claro en el estudio que la intervención educativa con el enfoque de autocuidado mejoró la adherencia al tratamiento; sin embargo, es necesario darle más continuidad realizando seguimiento permanente para generar en el paciente la motivación, puesto que en el estudio se vió reflejado, cómo la interacción enfermera-paciente y la preocupación frente a su enfermedad estimula al paciente a reforzar sus conocimientos. La mejoría en la adherencia aumentaba la seguridad de los pacientes y de esta forma se mejora su autocuidado como un signo de esperanza para mejorar su calidad de vida. Las implicaciones de este estudio en la práctica profesional son de suma importancia, pertinencia y relevancia puesto que permite dar a conocer a los enfermeros y enfermeras la verdadera problemática de la adherencia al tratamiento y su escasa intervención directa y sistemática, así como la influencia positiva que tienen los programas de autocuidado ofrecidos a los pacientes con enfermedades crónicas que contribuyen a mejorar su estado de salud y reducción de costos. Así mismo quiere socializar y aportar un instrumento validado en su contenido para medir el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y una estrategia educativa que utiliza como herramienta una cartilla que incluye un plan educativo para aplicarlos a los pacientes hospitalizados y ambulatorios con falla cardíaca como parte de la valoración de enfermería, de esta forma se contribuirá precozmente a identificar los niveles de adherencia y proporcionar un plan de cuidado propio para este paciente.

**BIBLIOGRAFÍA:**

- Bennet Sj, Perkins S, Lane ka, Forthofer M, Brater D, Murray MF. Reliability and validity of the compliance belief scales among patients with heart failure. En: Heart Lung. 2001; 30:177-85.
- Davidson P. Issues in patient compliance. Handbook of clinical health psychology. 2000; pp. 417-434. Plenum Press. New York.
- Escudero ME, Delgado MS, Franco G y cols. Tránsito rápido. En: Revista Colombiana de Cardiología. 2003; 10: 353-365.
- Fonarow et al. Association Between Performance Measures and Clinical Outcomes for Patients Hospitalized With Heart Failure JAMA 2007;297:61-70
- Gramsky C, Josephson S, Outpatient management of chronic heart failure. En: Crit Care Nurs Clin N Am 15 (2003) 501- 509.
- Gregg C. Fonarow, MD; Clyde W. Yancy, MD; J. Thomas Heywood, MD; for the ADHERE Scientific Advisory Committee, Study Group, and Investigators Adherence to Heart Failure Quality-of-Care Indicators in US Hospitals Arch Intern Med. 2005;165:1469-1477.
- Komajda M, Lapuerta P, Hermans N, Gonzalez-Juanatey JR, van Veldhuisen DJ, Erdmann E, Tavazzi L, Poole-Wilson P, Le Pen C. Adherence to guidelines is a predictor of outcome in chronic heart failure: the MAHLER survey. Eur Heart J 2005;26:1653-1659
- Martje H L van der Wal, Tiny Jaarsma, Debra K Moser, Wiek H van Gilst, Dirk J van Veldhuisen. Heart & Lung. St. Louis .Unraveling the mechanisms for heart failure patients' beliefs about compliance. Jul/Aug 2007. Vol. 36, Iss. 4; pg. 253
- Mitja Lains-ak, John G F Cleland, Mattie J Lenzen, Irena Keber, et al. Nonpharmacologic Measures and Drug Compliance in Patients with Heart Failure: Data from the EuroHeart Failure Survey. The American Journal of Cardiology. New York: Mar 26, 2007. Vol. 99, Iss. 6; pg. S31
- M Komajda, O Hanon, J F Aupetit, A Benetos, et al. Management of heart failure in the elderly : recommendations from the french society of cardiology (sfc) and the french society of gerontology and geriatrics (SFGG). The Journal of Nutrition, Health & Aging. Auzeville-Toloxane: Sep/Oct 2006. Vol. 1



**AUTOR/ES:**

Recio Rodríguez, Jose Ignacio; Fernández Alonso, M<sup>o</sup>Carmen; Gutierrez Garcia, Natalia; Herrero Velázquez, Sonia; López de la Iglesia, Jaime; Hernández Martín, M<sup>o</sup>Mar

**TÍTULO:**

¿Conocen los pacientes cardiópatas las pautas de actuación ante el dolor torácico y los signos de alarma?

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**Objetivo:** Investigar los conocimientos que tienen los pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica respecto a los síntomas de alarma y a las pautas de actuación ante un dolor torácico de perfil isquémico.

**Metodología:**

**Diseño:** Estudio observacional descriptivo multicéntrico basado en entrevista personal realizada mediante cuestionario estandarizado

**Sujetos y ámbito:** Muestra aleatoria estratificada por área de salud y ámbito rural/urbano de pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica de Castilla y León. Para obtener resultados con un nivel de confianza del 95%, una precisión del 6%, y considerando  $p=q=50$ , con un incremento del 25% por el efecto del diseño bietápico, referidos al conjunto de la Comunidad Autónoma, se necesitó inicialmente una muestra de 333 pacientes aunque se consiguieron 352 participantes.

**Variables:** a) Variables de filiación b) Variables sobre reconocimiento de síntomas: Descripción de síntomas, diferencias clínicas entre angor de reposo y esfuerzo c) Variables sobre pautas de actuación ante dolor torácico: Actitud inicial y subsiguiente ante clínica de angor de reposo, actitud inicial y subsiguiente ante clínica de angor de esfuerzo, actitud inicial y subsiguiente ante clínica de angor de esfuerzo progresivo d) variables sobre hábitos de vida del paciente cardiópata: ejercicio, tabaco...

**Resultados:** Edad media 69,92 años, 73% hombres y 26% mujeres, solo 5,2% fuman y un 43% hace ejercicio todos los días, 56% de personas consideran la angina de reposo menos grave que la de esfuerzo o al menos de la misma gravedad, solo un 18% actúa correctamente en primera instancia ante un angor en reposo y en esfuerzo y un 19% actúa correctamente ante un angor de esfuerzo progresivo.

**Conclusiones:** A pesar de que los hábitos de vida (tabaco, ejercicio) muestran unos porcentajes satisfactorios, los resultados acerca del conocimiento de las actuaciones iniciales y posteriores en situaciones de angor de reposo, esfuerzo y progresivo resaltan un preocupante desconocimiento de la manera de proceder ante ellas.

**Aplicabilidad de los resultados:** Los resultados nos permitirán realizar intervenciones educactivas específicas con el objetivo de actuar adecuadamente en la atención al evento coronario agudo en su fase prehospitalaria y disminuir el tiempo de demora para el tratamiento hospitalario.

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. Bahr RD. Chest pain center: moving toward proactive acute coronary care. *Int J Cardiol* 2000; 72:101-10
2. McGovern PG, Pankow JS, Shahar E, Doliszny KM, Folsom AR, Blackburn H for the Minnesota Heart Survey investigators. Recent trends in acute coronary heart disease-mortality, morbidity, medical care and risk factors. *N Eng J Med* 1996; 334:884-90.
3. Cardiopatía isquémica en España. Análisis de la situación 2001. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y Sociedad Española de Cardiología, 2001.
4. Bassan R, Gibler B. Unidades de dolor torácico. *Rev. Esp Cardiol* 2001; 54:1103-9
5. García Almagro F, Gimeno JR, Villegas M, Muñoz L, Sánchez E, Teruel F, Hurtado J, González J, Antolinos MJ, Pascual D, Valdés M. Aplicación de una puntuación de riesgo coronario (TIMI Risk Store) en una población no seleccionada de pacientes que consultan por dolor torácico en un servicio de urgencias. *Rev. Esp Cardiol* 2005; 58:775-81.
6. European Cooperative Study Group for Recombinant Tissue-Type Plasminogen Activator. Randomized trial of intravenous recombinant tissue type plasminogen activator versus intravenous streptokinase in acute myocardial infarction. *Lancet* 1985;1:842-7.
7. Gruppo Italiano per lo Studio della Streptochinasi nell'Infarto Miocardico (GISSI). Long-term effects of intravenous thrombolysis in acute myocardial infarction. Final report of the GISSI study. *Lancet* 1987;2:871-4.
8. AIMS Trial Study Group. Effect of intravenous APSAC on mortality after acute myocardial infarction: preliminary report of a placebo-controlled clinical trial. *Lancet* 1988;1:545-9.
9. López de la Iglesia J, Martínez Ramos E, Pardo Franco L, Escudero Álvarez S, Cañón de la Parra RI, Costas Mira MT. Encuesta a los pacientes con cardiopatía isquémica sobre el modo de actuación ante los distintos síntomas de alarma. *Aten Primaria* 2003; 31:239-47

## Mesa de comunicaciones 24(Español):Profesión y práctica clínica en enfermería

### AUTOR/ES:

ABREU SÁNCHEZ, A., RODRIGUEZ PÉREZ, M.

### TÍTULO:

MEDICION EN DOS FASES DE LA CALIDAD DE VIDA GLOBAL Y DE LAS ALTERACIONES GENÉRICAS A PACIENTES POSTINFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

### TEXTO DEL TRABAJO:

#### INTRODUCCIÓN:

La enfermedad cardiovascular, en todas sus formas, constituye el principal problema de salud al que se enfrenta la Unión Europea. En el año 2003 generaron un coste en la Europa de los Veinticinco de 169.000 millones de euros. En España suponen un coste al año de casi 7.000 millones de euros, representando la mayor carga económica (1) y se estima que cada año aumentará un 1,5% el número de casos de infarto agudo de miocardio (IAM) y angina que ingresarán en los hospitales españoles(2). Asimismo, en los próximos años, aumentará considerablemente la demanda de asistencia aguda o crónica a estos pacientes, debido por un lado a la tendencia esperada y por otro al aumento de la supervivencia con mayor dependencia y necesidades de cuidados. En la medida en que persista esta situación será preciso elaborar estrategias de cuidados a aquellas poblaciones de pacientes y familiares que requieran asesoramiento o atención sanitaria, con objeto de que las personas mantengan una adecuada Calidad de Vida (CV) es decir que sientan bienestar y autosatisfacción en el desarrollo de sus roles y relaciones, según sus expectativas y su entorno sin estar negativamente influidos por las repercusiones de la enfermedad, y valoren como positivo su estado de salud (2).

Se encuentran en la literatura diversas publicaciones que evidencian que la Rehabilitación Cardíaca y ciertas Intervenciones educativas y de seguimiento a los pacientes con IAM mejoran su CV (2-4). En este sentido, la gestión de Cuidados Enfermeros supone un importante recurso para los Sistemas Sanitarios ya que los expertos aconsejan (2-4) crear estrategias personalizadas en la prevención de los infartos de miocardio, que se evalúen las necesidades de actuaciones en la prevención, promoción y control de la salud y subrayan la necesidad de cubrir el vacío de educación sanitaria. Ciertas Intervenciones realizadas por enfermeras han demostrado ser eficaces(5-9), por el enfoque integral en la atención prestada inherente al paradigma enfermero, y al cuidado individualizado con seguimiento a lo largo de todo el proceso, desde la asistencia especializada hasta la primaria o domiciliaria. Pero a pesar de estar demostrada la eficacia de dichas acciones para evitar la cronificación o complicaciones de la enfermedad, y reducir los costes al evitar reingresos y dependencia de los servicios, nuestro sistema sanitario las aplica de manera desigual e insuficiente. De hecho, en el territorio nacional nuestro sistema sanitario sólo dispone de doce Servicios de Rehabilitación Cardíaca (2) y ninguno de ellos está en nuestra provincia, por otro lado no conocemos publicaciones en nuestro medio efectuadas por enfermeras que evalúen la CV de los pacientes o la eficacia de ciertas Intervenciones, motivo por el cual iniciamos el presente estudio.

#### OBJETIVOS:

1. conocer las características sociodemográficas de los pacientes de la muestra.
2. conocer si la CV Global de pacientes postinfarto a los 2 años- 2 años y medio (Fase II) del episodio ha variado respecto a la CV Global presentada a los 6- 18 meses (Fase I).
3. conocer si existen alteraciones genéricas de la CV, y en caso afirmativo ver la evolución entre la Fase I y Fase II.
4. sugerir si fuera preciso, líneas de acción y cuidados enfermeros.

#### MÉTODOS:

Nuestra muestra está formada por una cohorte de supervivientes a un IAM seguidos a lo largo de 3 años, dados de alta de la UCI de un hospital de Huelva durante 7 meses. De 80 personas con criterios para formar nuestra muestra, participaron finalmente en la Fase I, 55 pacientes (68,75%). Tras las pérdidas y defunciones quedaron 48 personas en la Fase II, de ellos accedieron a participar 46(95,83%) pacientes. Una vez aprobado el estudio por el Comité Ético y de Ensayos Clínicos, y

pedido consentimiento informado a los pacientes garantizándoles el anonimato y la confidencialidad, se les pasó el cuestionario. El instrumento utilizado para evaluar la CV fue el Cuestionario Español de Calidad de Vida (CV) en Pacientes Postinfarto de Velasco y cols., (1993) (10). Primer cuestionario específico de nuestro entorno para los pacientes con Infarto de miocardio, que fue correctamente validado, adaptado a nuestro contexto cultural y utilizado con estos pacientes.

Las variables consideradas en el presente trabajo se concretan en las siguientes:

a) Calidad de Vida (CV): para su valoración se ha utilizado el mencionado Cuestionario Español de CV a Pacientes Postinfarto (Velasco y cols. 1993). Consta de 40 ítems agrupados en 9 áreas temáticas: salud (8 ítems); sueño/descanso (3 ítems); comportamiento emocional (3 ítems); proyectos de futuro (3 ítems); movilidad (5 ítems); relaciones sociales (7 ítems); comportamiento de alerta (3 ítems); comunicación (3 ítems); ocio / trabajo (5 ítems). Cada ítem contiene seis opciones de respuestas en una escala de tipo Likert, con una intensidad graduada de 0 (nunca presente) a 5 puntos (siempre presente). La puntuación total, suma de los 40 ítems, oscila entre 0 (para los pacientes que refieren una buena CV) y 200 puntos (para los pacientes que refieren una mala CV).

b) Variables sociodemográficas: sexo, edad, lugar de residencia, nivel de estudios, estado civil, ingresos anuales y situación laboral anterior y posterior al episodio de IAM.

Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS 12.0 para Windows. Se han realizado análisis de frecuencia y prevalencia; se han usado medidas de tendencia central, medidas de dispersión e intervalos de confianza al 95%. Se determinó un nivel de significación de  $p < 0,05$ .

**RESULTADOS:** Las características sociodemográficas de los pacientes de nuestra muestra son similares a las de otros otros estudios (conviven con pareja, tienen hijos, bajo nivel de estudios) y coinciden a su vez con los aspectos prevalentes de la patología estudiada. En la Fase I predominaban los pacientes de sexo masculino, 89,1% eran varones y un 10,9% mujeres. Su edad media fue de 62,73% +12,16 años, edad por debajo de la establecida para la jubilación laboral. En la Fase II un 89,1% eran varones y el 10,8% mujeres y la edad media era de 63,61+ 11,76 años.

En La Fase II la CV Global fue de 66,5 + 33,2 y en la Fase I de 69,5 + 33,5, en un rango entre 0 (mejor CV posible) y 200 puntos (peor CV posible). La máxima puntuación (200 puntos) se estratificó en cuatro niveles de afectación (tramos de 50 puntos): "leve" (0-50 puntos), "moderado" (51- 100 puntos), "Importante" (101-150 puntos) y "Severo" (151- 200). Observamos que aunque los pacientes experimentaron en la Fase II, una ligera mejoría de la media de CV Global respecto a la Fase I, aumentó en la Fase II el grupo con nivel de afectación "moderado" (52% Fase II frente a 47,3 Fase I) y el grupo con nivel de afectación "severo" (3% Fase II frente a 1,8 Fase I); por otro lado para los grupos con nivel de afectación "leve" e "importante" se observó una reducción en la afectación en la Fase II respecto a la Fase I.

Las alteraciones genéricas en la CV presentes en la Fase II y que ya habían aparecido en la Fase I son:

- "Ha descendido mi actividad sexual" (3,35 ± 1,93) Fase II frente a (3,24 ± 1,55) Fase I.
- "Me siento más cansado que antes" (2,57±1,65) Fase II frente a (2,78 ±1,81) en Fase I.
- "Tomo demasiados medicamentos" (2,50±1,73) Fase II frente a (2,78 ± 1,82) en Fase I.
- "Evito subir escaleras" (2,85±1,87) Fase II frente a (2,82 ± 1,92) en Fase I .
- "Trabajo menos horas o en trabajos más ligeros" (2,57±2,00) Fase II frente (3,18 ± 1,98) en Fase I.

Destacamos que en la Fase II, se mantenían alterados más de un 50% de todas las alteraciones que componían la Fase I lejos de haber desaparecido su afectación.

**DISCUSIÓN:** El perfil sociodemográfico de nuestra muestra coincide con la descrita para el caso de la patología estudiada, y es similar a la de muestras de estudios similares al nuestro, lo que posibilitaría comparar nuestros resultados con los de éstos. La evidencia existente en la reducción de la morbimortalidad coronaria es escasa en el caso del sedentarismo o la obesidad, es controvertida según el género, edad, apoyo social, aislamiento, irritabilidad etc., por lo que es preciso continuar las investigaciones; sin embargo la evidencia en la reducción de la morbimortalidad es indiscutible cuando se somete a los pacientes a Rehabilitación Cardíaca o se les aplica ciertas Intervenciones para la abstención completa de tabaco, el control de la hipertensión arterial, la diabetes y los lípidos (2-4). Por ello, es necesario ofrecerlas a los pacientes subsidiarios de ello. Hemos constatado que los pacientes de nuestra muestra mantienen alteradas en la Fase II más del 50% de las alteraciones halladas en la Fase I, lejos de haberse reducido o desaparecido, por tanto su CV es mejorable. Por otro lado, con el paso del tiempo, nuestros pacientes presentan

un aumento en la afectación de su CV "moderada" y "severa" en la Fase II respecto a la Fase I. Hemos de tener en cuenta que la media de edad en la muestra es de 63,61+ 11,76 años (pacientes jóvenes) y que las alteraciones genéricas halladas (cansancio, menor movilidad, menor ocupación laboral, descenso en la actividad sexual, o percepción de tomar mucha medicación) no pertenecen al área que mide la "salud física" sino áreas que miden "relaciones- movilidad- comunicación -ocio trabajo", por lo que siguiendo las recomendaciones de expertos (2-4) con una rehabilitación adecuada social, laboral y física además de una información específica se podría haber contribuido a que la percepción actual que los pacientes tienen sobre su CV fuera mejor, y probablemente a que dichas alteraciones una vez detectadas en la Fase I, se hubieran tratado y no se mantuvieran alteradas en la Fase II. Todo lo cual abre nuevas vías de investigación al presente trabajo.

Diversas publicaciones ponen de manifiesto la eficacia de los programas e intervenciones guiados por enfermeras para el control y prevención de algunos de los problemas mencionados, para lograr cambios conductuales de estilos dietéticos y de cumplimiento terapéutico (6), programas educativos para modificar los factores de riesgo clásico y estilos de vida (movilidad, hábitos) (7), desde el ingreso hasta el domicilio, o bien por medio de programas únicamente domiciliarios que tutelen a pacientes y familiares tras padecer un episodio coronario, con resultados todos ellos, que mostraban este tipo de asistencia como la opción más adecuada para mantener al paciente coronario crónico en una posición saludable y para mejorar su CV (8,9).

Es fundamental realizar investigaciones con un enfoque enfermero para que, una vez conocida la situación y necesidades reales de nuestros pacientes, podamos establecer una serie de pautas de actuación (planes de cuidados, programas educativos, de asesoramiento, etc..) para aplicar en la práctica profesional diaria y posteriormente medir cómo evolucionan los pacientes cuando son seguidos y cuidados por profesionales de enfermería.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Luengo-Fernandez R, Leal J, Gray A, Petersen S, and Rayner M. Cost of cardiovascular diseases in the United Kingdom. *Heart* 2006;92(10):1384-9.
2. Plan Integral de Cardiopatía Isquémica 2004- 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo (2003). <http://www.anisalud.com/ficheros/PNCI.pdf>
3. Mosca L, Appel LJ, Benjamin, et al. Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women (AHA). *Arteriosclers Thromb Vasc Biol*, 2004;24(3):29-50.
4. Velasco JA., Cosín J., Maroto, et al. Guías práctica clínica de Sociedad Española de Cardiología en prevención cardiovascular y RC. *Rev Esp Cardiol*, 2000; 53(08):1095-1120
5. Robinson KR.. Envisioning a network of care for at-risk patients after myocardial infarction. *The Journal Cardiovascular Nursing*, 1999;14(1):75-88.
6. Steptoe A, Doherty S, Rink E, et al. Behavioural counselling in general practice for the promotion of healthy behaviour among adults at increased risk of coronary heart disease: randomised trial. *BMJ, British Medical Journal*, 1999;319(7215):943-7.
7. Carlsson R, Lindberg G, Westin L. and Israelsson B. Influence of coronary nursing management follow up lifestyle after acute myocardial infarction. *Heart*, 1997;77(3):256-9.
8. Warrington D, Cholowski K, and Peters D. Effectiveness of home-based cardiac rehabilitation for special needs patients. *Journal Of Advanced Nursing*, 2003; 41 (2): 121-129.
9. Elkan R, Kendrick D, Hewitt M, et al. The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature. *Health Technology Assessment*, 2000; 4(13): 1-339.
10. Velasco JA, Barrio del V, Mestre MV, Penas C. y Ridocci F. Validación de un nuevo cuestionario para evaluar la calidad de vida en pacientes postinfarto. *Rev Esp Cardiol*, 1993; 46: 552- 558.

**AUTOR/ES:**

Luengo R, Bover A, Gastaldo D, Taltavull JM, Saenz de Ormijana A, Izquierdo D, Juando C, Robledo J

**TÍTULO:**

Incidencias metodológicas en un estudio mixto cuali-cuantitativo sobre calidad de vida de mujeres inmigrantes trabajadoras como cuidador

**TEXTO DEL TRABAJO:**

En la actualidad el fenómeno de la inmigración suscita interés científico a todos los niveles: político, social, sanitario, económico, etc. En el ámbito de la salud, uno de los objetivos principales es valorar el estado de salud de ésta población, ya que las personas inmigrantes no legales o indocumentadas no pueden disfrutar de los mismos derechos y protecciones de los ciudadanos legalmente reconocidos, lo cual afecta indiscutiblemente en su calidad de vida (Raijman, Schammah-Gesser & Kemp (2003). La inmigración por tanto, es una de las situaciones vitales que con mayor intensidad relaciona la exclusión social, las desigualdades y la falta de salud (González Lázaro, 2004). A esto se añade la dificultad de acceso a la población inmigrante por sus características sociales y culturales, lo cual complica el propio proceso de investigación de éste colectivo a la hora de abordarlo.

Este artículo pretende describir las estrategias e incidencias metodológicas, tanto los inconvenientes como las ventajas, al desarrollar un estudio con una aproximación mixta cualitativa y cuantitativa a una población como la de mujeres inmigrantes latinoamericanas que trabajan como cuidadoras de personas dependientes en domicilio. Este colectivo presenta una elevada sensibilidad a factores sociales como son el género, la migración, el estatus de residencia, la raza, el nivel de ingresos y la red social, entre otros, factores que son muy determinantes para su nivel de salud, pero que también tienen una gran influencia en el desarrollo de las estrategias metodológicas usadas en investigaciones en las que participen.

Los estudios con metodología cualitativa producen datos que son de gran valor social por su carácter contextualizado lo que, sin embargo, limita su generalizabilidad. Los resultados serán, entretanto, transferibles a contextos que compartan similitudes socio-demográficas y socio-culturales con el lugar donde se ha generado esta información. Con el fin de captar la variabilidad de contextos para el fenómeno estudiado, se ha diseñado el método de diversidad de zonas sociolingüísticas. Las limitaciones presentes en la metodología cuantitativa son las derivadas de la imposibilidad del conocimiento exacto de la población del estudio debido a las peculiaridades tanto del tipo de actividad laboral, cuidadoras y servicio doméstico, como del estatus de residencia, legal o no, de las mujeres participantes, cuestiones que se mantienen ocultas tanto en las estadísticas laborales como en las de extranjería. Ello imposibilita la selección de una muestra representativa para el general de la población diana seleccionada, aunque permite aportar conocimiento nuevo para la promoción y protección de la salud hacia este colectivo.

Todo esto contribuye a un aumento del desarrollo de estudios que utilizan métodos mixtos, cuantitativos y cualitativos, como el que se presenta a continuación. Estos estudios pueden presentar mayores riesgos metodológicos y cierta falta de coherencia dado que conjuga métodos que representan paradigmas y formas de conocimiento opuestos (Creswell J. W. 2004). De todas formas, el uso combinado y riguroso de éstos métodos, queda totalmente justificado por la gran capacidad que tienen para capturar la dimensión total del fenómeno estudiado a través de la complementariedad de los datos aportados (Marshall M.N. 1996).

Esta reflexión metodológica se sitúa en el contexto de la investigación que nos ocupa, financiada por el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS PI051503); el cual tiene como objetivo explorar cómo los determinantes sociales de la salud, las estrategias de prevención y la asistencia sanitaria recibida influyen en la salud y el bienestar de las mujeres inmigrantes latinoamericanas cuidadoras en domicilio. Es un estudio crítico, desde una perspectiva posfeminista y poscolonialista en

cuanto a marco teórico en la que cuestiona la influencia de los discursos de género y inmigración en nuestro contexto social y su efecto en la salud del colectivo del estudio. El estudio tiene una duración de tres años (2006 -2008). La metodología mixta cualitativa-cuantitativa se desarrolla con la utilización de métodos de obtención de datos desde ambas perspectivas. En caso de la visión cualitativa se pretenden llevar a cabo 68 entrevistas semiestructuradas y en profundidad para conocer los discursos de estas mujeres sobre su percepción sobre el trabajo realizado, su experiencia de migración, su efecto sobre la salud y los recursos utilizados para mantener su bienestar y el de su familia. En cuanto a la metodología cuantitativa se realizará un estudio descriptivo. Para conocer la población del estudio se han utilizado los datos recogidos por el INE (Anuario de Extranjería, 2003). Existe una dificultad importante a la hora de obtener cifras reales de la población estudiada, ya que las fuentes oficiales no recogen a las trabajadoras en situación ilegal por estatus de residencia ni tampoco se reflejan en las estadísticas laborales el elevado porcentaje de economía sumergida en este sector, por tanto las cifras oficiales podrían ser muy inferiores a la situación real si además tenemos en cuenta los cambios surgidos en el último proceso de regularización. Según los datos del INE (2004), la población total de cuidadoras/trabajadoras domésticas latinoamericanas para las diferentes comunidades era de: Islas Baleares: N=1.535, Cataluña: N=10.950, Madrid: N=30.475, País Vasco: N=1.850 e Islas Canarias: N=1.365. Se captará un muestreo de conveniencia a partir de las participantes en la etapa cualitativa añadiéndose sujetos para la parte cuantitativa con el fin de obtener un mínimo de 30 sujetos para cada una de las 6 variables (visibilidad racial o no, estatus de residencia legal o ilegal, presencia de red familiar o solas) siendo así 180 encuestas para cada una de las 4 zonas sociolingüística, alcanzando un total una muestra total mínima de 720 encuestas. El reclutamiento de las participantes para entrevistas en las diferentes zonas del estudio se llevará a cabo mediante técnica de "bola de nieve". En cuanto a las mujeres a ser encuestadas, la estrategia de reclutamiento cuenta con la colaboración de las mujeres participantes en las entrevistas, mediadores culturales y asociaciones de inmigrantes.

El estudio mencionado se encuentra en la fase de recogida de datos. Dadas las características sociales de dicha población la aproximación a la muestra requiere de una serie de estrategias metodológicas que nos garanticen la eliminación de sesgos y aseguren la calidad de los datos extraídos, así como, tenga en cuenta las dimensiones éticas que implican su desarrollo en un colectivo tan frágil.

Las incidencias que queremos resaltar hacen especial alusión a la captación de la muestra y a las estrategias de contacto con la población de estudio en el diseño cuantitativo. Concretamente nos encontramos con la dificultad para acceder a un grupo de población que, por sus características socioeconómicas y culturales, resulta invisible en el contexto sociosanitario español y con reticencias a participar en una investigación donde deben manifestar sus condiciones laborales y de salud. Por todo ello es imposible emplear la aleatoriedad probabilística al elegir la muestra, ya que contamos con una población doblemente invisible (inmigrante y mujer) y de difícil acceso (gran movilidad, indocumentación, falta de registros sociales y de residencia...). Para delimitar sesgos en la metodología cuantitativa es importante acotar el "universo de referencia", teniendo en cuenta que los investigadores coordinan el proceso desde un contexto social desconocido. En la medida en que este específico contexto y grupo social se conozca, la muestra, aunque intencionada, será representativa de la población a estudiar, pese a no contar con los muestreos aleatorios de censos o listados de población (Gualda E., Palacio J., Teves L., Rincken S. 2003)

Las estrategias que se han desarrollado para aproximarnos al colectivo específico de nuestro estudio y acotar la muestra sobre la que pasaremos las encuestas de calidad de vida son:

- Obtención de información previa de los contextos y perfiles sociales mediante observación y contacto directo del investigador/dora con instituciones públicas y privadas, asociaciones, sus lugares de reunión, etc. Hay que tener presente en este punto no limitarse a la obtención de la muestra en las asociaciones, ya que se dejaría de lado toda aquella población inmigrante que utiliza otras redes sociales en sus interrelaciones y no acude a estas asociaciones.

- Utilización de informantes claves, que nos hagan un diagnóstico social aproximado del colectivo en cada zona y nos sirvan de puerta de entrada a los mismos, etc. Lo que nos aumentaría la calidad de la muestra y disminuiría sesgos de información.
- Utilización de muestreo intencionado y no probabilístico: muestreo por bola de nieve, accidental y a través de informadores cualificados pertenecientes al mismo colectivo inmigrante o profesionales que trabajen con organizaciones o programas dirigidos a las posibles participantes.
- Delimitación de los criterios de selección de los individuos encuestados (perfil personal, laboral y de status legal) que permitan abordar profundamente y alcanzar los objetivos del estudio.
- Seleccionar los entrevistadores en virtud de su competencia lingüística y cultural, para eliminar dificultades de "entrada en la comunidad" y en virtud de pertenecer a la realidad investigada. Estos mediadores deberán ser personas inmigrantes latinoamericanas formadas en el instrumento de recogida de datos y el conocimiento de la población de estudio.
- Formación a los entrevistados sobre el proyecto, objetivos y posición política del estudio, así como en los criterios de selección de participantes
- Seguimiento y tutelaje de las encuestas realizadas con feedback a los entrevistadores, para controlar los sesgos de selección, de codificación errónea de la información, etc.

Estas reflexiones metodológicas pueden dar pautas para definir la técnica de captación de sujetos de estudio en las investigaciones de enfermería desarrolladas con población socialmente invisible o de difícil acceso.

Conocidas las limitaciones metodológicas en la obtención de datos estadísticamente representativos en estos grupos de población desconocidos como los inmigrantes, se hace del todo necesario utilizar determinadas estrategias que aumenten el rigor científico y que no descarte la investigación sobre éstos colectivos. En definitiva, en la medida en que se contribuya al aumento del conocimiento sobre el fenómeno social de la inmigración se podrán planificar políticas sociales para conseguir la integración y la mejora del bienestar de los inmigrantes.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

Creswell J.W. Designing a mixed methods study in primary care. *Annals of family medicine* 2004; Vol. 2, 1:7-12.

González Lázaro, A.M. Acerca de las personas inmigrantes y la atención primaria de salud. *A tu salud* 2004 ; 46 : 24-27

Marshall M N. Sampling for qualitative research. *Family Prac* 1996; Vol 13, 6: 522-525

Gualda E., Palacio J., Telves L. y Rinken S. Comentarios y respuestas a "las condiciones de vida de la población inmigrantes: retos metodológicos y procedimientos de medición" de S. Rinken. *Metología de Encuestas* 2003; Vol 5, Núm 2: 171-181.

Morgan D. L. Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: applications to health research. *Qualitative Health Research* 1998; 8: 362376.

Raijman, Schammah-Gesser & Kemp. International Migration, Domestic Work, and Care Work. *Gender & Society* 2003; Vol. 17, No. 5, 727-749



## Mesa de comunicaciones 25 (Bilingüe):Cuidados a las situaciones críticas/Critical care

### AUTHOR/S:

Leilane Andrade Gonçalves  
Kátia Grillo Padilha

### TITLE:

Factors related to nursing workload in Adult Intensive Care Units on the first day of admission.

### TEXT:

#### Introduction:

High costs of intensive care as well as quality of care and patient safety demand measurement of nursing workload in order to determine nursing staff requirements adequately. The identification of the nursing staff requirements in an Intensive Care Unit (ICU) environment is relevant not only for nursing care planning but also for appropriate management of human resources. Therefore, it is also important to be aware of the factors related to high patient care demands in order to help forecast staff requirements in those units. For over 30 years in an attempt to demonstrate the cost-benefit ratio of the Intensive Care Unit (ICU) a variety of tools have been developed to measure not only the severity of illness of the patient but also capture the true cost of the nursing workload<sup>1-3</sup>. Recently, one tool that has been used to measure nursing workload is the NAS. Proposed by Miranda et al. (2003)<sup>4</sup> the NAS score obtained on the basis of the 23 NAS items shows the percentage time that is devoted by a nursing professional to direct care of the critically ill patient during 24 hours in the ICU. Therefore, a total score of 100.0% indicates the work of one nurse around the clock and the sum of the 23 items ranges between zero and 177%. NAS was validated in a study of 99 ICUs in 15 countries and the results indicated that it explains 81% of nursing time. Since researches have provided no conclusive evidences about the factors associated to an increased ICU nursing workload, many studies on this issue are currently being carried out. In view of that, this study aims to describe the nursing workload in ICUs on the first day of patient admission using the Nursing Activities Score (NAS) and explore the association between NAS and patients variables, such as gender, age, length of stay (LOS), discharge, type of treatment in the ICU and severity of illness.

**Methods:** An exploratory, descriptive and retrospective study was carried out on 214 consecutive patients admitted to five ICUs of two private tertiary hospitals in São Paulo, Brazil, over a one month period on April 2002 and on October 2004. Three of the ICUs were general units ( a total of 36 beds) and two were specialized (neurological ICUs), with a total of 20 beds. Participant inclusion criteria included age equal to or above 18 years and minimal LOS of 24 hours in the ICU. Factors related to nursing workload and the relation of variables as gender, age, LOS, type of treatment, discharge of the ICU and severity of illness were analyzed. Severity of illness and nursing workload were measured by Simplified Acute Physiology (SAPS II) and NAS, respectively. The project was approved by the hospital's ethics and research committee. Written authorization was obtained from families or patients included in the study. Medical records were used to collect demographic data, LOS, SAPS II and NAS indexes. Data were completed with information provided by nurses whenever necessary. All the indexes were collected on the first 24 hours in the ICU. Data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 12.0 software. The study sample was characterized through descriptive analysis. Variables were analyzed according to absolute and relative frequencies. The mean, the standard deviation, the median and the range were calculated for age and LOS variables. NAS and SAPS II values were classified as either high or low. High values were above the median, while low values were equal to or below the median. The factors related to the high nursing workload were analyzed through the univariate analysis with the chi-square test. Multiple logistic linear regression analyses were performed in order to determine which of the independent variables would work as predictors of higher ICU nursing workload on the first day of patient admission in the ICU.

#### Results :

From the total of 214 patients, 54.7% were male and 53.6% were elderly (age>60 years). Patients' mean age was 59.7 (SD + 18.6) ranged between 18 and 99 years. The median age was 62.0 years. Related to the type of treatment, 46.3% of the patients had undergone surgery, while the remaining

53.7% had been hospitalized for medical treatment. The average LOS in the ICUs was 5.7+6.6 days (ranging between 1 and 37 days); the median was 3.0 days. Of the total of the sample 84.1% of patients survived and 15.9% died during ICU stay. The SAPS II had an average value of 44.9+17.5 during the first 24 hours of admission in the ICU (ranging from 9 to 119), and the median was 43.0 points. The mean RM (risk of mortality) was 37.8% (SD+27.8). NAS presented an average of 69.9%+11.2 (ranging from 54.3 to 122.5%), with a median of 68.0%. According to the NAS, on the first day of admission in the ICU the prevalent activities were: biochemical and microbiological investigations and medication, except vasoactive drugs (100.0% each); support and care of either relatives or patient requiring full dedication for about one hour in any shift (98,6%); quantitative urine output measurement (97,7%); respiratory support, i.e., any form of mechanical ventilation/assisted ventilation (96,3%); hygiene procedures performing by routine (88,3%); support and care of relatives and patients for less than two hours and monitoring and titration for more than 4 hours in any shift (84,6%, each); treatment for improving lung function (81,8%) and care of drains (57,9%). NAS total score average was 69.9% (SD+11.2, range from 54.3 to 122.5%) and the median was 68.0%. According to the median, it was verified that 109 (50.9%) individuals had high nursing workload and 105 (49.1%) low one. When the nursing workload averages were compared according to clinical and demographic variables, it was observed that the only statistically significant ones were discharge conditions and length of stay (LOS). When compared to the groups with high and low nursing workload, the association was only observed between NAS and the variable LOS in the ICU ( $p=0.006$ ). Patients that obtained a higher NAS ( $>68.0\%$ ) remained in average longer in the ICU ( $>6$  days). These patients had 2.42 times more probability of increasing the NAS comparatively to patients with shorter LOS in the ICU. The results of this study pointed out that a high NAS in the ICU (average of 69.9%) was associated only with the variable LOS. Therefore, it was concluded that severity of illness, age, gender and type of treatment (surgical or medical) were not factors related to nursing workload on the first day of patient admission in the ICU.

#### Discussion:

In this study, the demographic and clinical data were similar to those usually addressed in ICU studies: the same distribution of gender and age were also found elsewhere 5-10. The mortality rate, was comparable with the rate found in other countries 11-12. The SAPS II mean (44.9) was close to some European countries 11,13, and higher than that reported by other studies, between 26 and 33.6 12,14-18. The average NAS in this study was 69.9%, similar to other Brazilian studies. A research carried out in an ICU from an university hospital, found a NAS average of 69.3%, ranging between 47.6% and 125.8% 10. Similar results were verified in a sample of patients from a private hospital of tertiary level with a NAS average of 65.5%, minimum of 22.3% and maximum of 127.9% 19.

In an attempt to identify the factors related to NAS by using demographic and clinical variables, mortality and LOS in the ICU were variables that showed significance in relation to NAS. Patients who died or remained longer in ICUs probably were those that presented more unstable condition, required more monitoring and aggressive treatment and, as consequence, a higher NAS. These results support literature that demonstrates non-surviving patients demand increased nurse working time 6, 8,11,15,20,21. Although the association between NAS and LOS in the literature is conflicting 24, study carried out in Brazilian ICUs where NAS was applied showed that the more LOS increases, the greater NAS becomes 10. The statistics analysis showed that NAS was not associated with severity of illness. The most important variable identified in this analysis was LOS. Results showed that high LOS ( $>6$  days) increased 2.42 times the risk for higher NAS. The main goal of this study was to explore the factors related to nursing workload on the first day of admission of the patient in the ICU in order to adequate the nurse:patient ratio according to patient demands of care. By identifying the risk factors for high nursing workload demand, one should be able to meet staff requirements to actual care demands within particular patient groups. Surprisingly, the results showed that severity of illness, age and type of treatment were not factors related to nursing workload. Despite these evidences some limitations have to be point out such as the convenience sample and the performance of the study only in two Brazilian hospitals. Besides, considering that NAS is a new instrument to measure nursing workload in the ICU, there are no studies in the international literature that allow result comparisons.

## Conclusion

The study was carried out with the purpose of describing the nursing workload on the first day on admission in the ICU and also exploring the association between NAS and patient variables (gender, age, LOS, treatment, discharge of the ICU and SAPS II). According to the related factors, it was found that severity of illness, patient age, gender, type of treatment and discharge were not factors related to nursing workload on the first day of patient admission in the ICU. Otherwise it was observed that high LOS (>6 days) increased 2.42 times the risk for higher NAS.

## Referências

1). Carayon P, Gurses AP. A human factors engineering conceptual framework of nursing workload and patient safety in intensive care units. *Intensive Crit Care Nurs.* 2005;21(5):284-301. 2). Guccione A, Morena A, Pezzi A, Iapichino G. The assessment of nursing workload. *Minerva Anestesiol* 2004; 70(5):411-16. 3). Jakob SM, Rothen HU. Intensive care 1980-1995: change in patient characteristics, nursing workload and outcome. *Intensive Care Med.* 1997; 23(11):1165-70. 4) Miranda DR, Raoul N, Rijk A, Schaufeli W, Iapichino G. Nursing activities score. *Crit Care Med.* 2003;31(2):374-82. 5) Bastos PG, Sum X, Wagner DP, Knaus WA, Zimmerman JE. Application of the APACHE III prognostic system in Brazilian intensive care units: a prospective multicenter study. *Intensive Care Med.* 1996;22(6):564-70. 6) Castillo EL, Rivera FR, Rodriguez EM, Vazquez MG. TISS-76 and TISS-28: correlation of two therapeutic activity indices on a Spanish multicenter ICU database. *Intensive Care Med* 2000;26(1):57-61. 7) Lefering R, Zart M, Neugebauer EAM. Retrospective evaluation of the Simplified Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28) in a surgical intensive care unit. *Intensive Care Med.* 2000;26(12):1794-802. 8) Silva MCM, Sousa RMC. Caracterização dos pacientes adultos e adolescentes das Unidades de Terapia Intensiva do município de São Paulo. *Rev Paul Enferm.* 2002; 21 (1): 50-7. 9) Rocker G, Cook D, Sjøkvist P, Weaver B, Finfer S, McDonald. Clinician predictions of intensive care unit mortality. *Crit Care Med.* 2004; 32:1149-54. 10) Gonçalves LA, Garcia PC, Tofolletto MC, Padilha KG, Telles SCR. Necessidades de cuidados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Evolução diária dos pacientes segundo o (NAS) Nursing Activities Score. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(1): 56-60. 11) Miranda DR; Ryan DW, Schaufeli WB et al Organisation and management of intensive care: a prospective study in European countries. In: Vincent JL, editor. *Update in intensive care and emergency medicine.* Berlin: Springer; 1998.

## BIBLIOGRAPHY:

12) Metnitz PGH, Vesely H, Valentin A, Popow C, Hiesmayr M, Lenz K et al. Evaluation of an interdisciplinary data set for national intensive care unit assessment. *Crit Care Med* 1999; 27: 1486-91. 13) Kvale R, Flaatten H. Changes in intensive care from 1987 to 1997 - has outcome improved? A single-centre study. *Intensive Care Med* 2002; 28:1110-6. 14) Graf J, Graf C, Janssens U. Analysis of resource use and cost-generating factors in a German medical intensive care unit employing the Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28). *Intensive Care Med* 2002; 28: 324-33. 15) Nascimento EFA. Evolução da gravidade de pacientes adultos internados em uma Unidade de Terapia Intensiva. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002. 16) Beck DH, Smith GB, Pappachan JV, Millar B. External validation of the SAPS II, APACHE II and APACHE III prognostic models in South England: a multicentre study. *Intensive Care Med.* 2003; 29:249-56. 17) Iapichino G, Morabito A, Mistraretti G, Ferla L, Radrizzani D, Reis Miranda D. Determinants of post-intensive care mortality in high-level treated critically ill patients. *Intensive Care Med* 2003; 29:1751-1756. 18) Metnitz PGH, Fieux F, Jordan B, Lang T, Moreno R, Gall JR. Critically ill patients readmitted to intensive care units: lessons to learn? *Intensive Care Med.* 2003; 29:241-8. 19) Conishi RMY. Avaliação do NAS – Nursing Activities Score – como instrumento de medida da carga de trabalho de enfermagem em UTI geral adulto [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005. 20) Byrick RJ, Caskenette GM. Audit of critical care: aims, uses, costs and limitations of a Canadian System. *Can J Anaesth.* 1992; 39(3):260-9. 21) Ducci AJ, Padilha KG. Gravidade de pacientes e demanda de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: análise evolutiva segundo o TISS-28. *Rev Bras Ter Int.* 2004;16(1): 22-7.

**AUTOR/ES:**

Díez Díez, Beatriz. Sánchez Vallejo, Antonio. Guerra Cuesta, Isabel. Mayo Iscar, Agustín.

**TÍTULO:**

EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS CIENTÍFICOS DE LAS ENFERMERAS DE UCI RESPECTO AL PROTOCOLO DE MONITORIZACIÓN DEL ÍNDICE BIESPECTRAL

**TEXTO DEL TRABAJO:****INTRODUCCION.****PROTOCOLO DE MONITORIZACION DEL INDICE BIESPECTRAL (BIS) EN CUIDADOS INTENSIVOS.**

El Índice Biespectral (BIS) monitoriza de forma continua y permanente el estado de sedación del enfermo crítico de una forma objetiva (1). Permite el ajuste óptimo de la dosis de hipnóticos y sedantes, y la disminución de complicaciones asociadas a infrasedación / sobre dosificación de estos fármacos. (1) El BIS es una medición objetiva continua del nivel de conciencia del paciente, que se refleja en un número

El conocimiento adecuado del protocolo por parte de la enfermería es fundamental para la consecución de los objetivos de sedación y bienestar óptimos del paciente. (1) Sobre todo en pacientes de UCI sometido a ventilación mecánica invasiva, que precisan miorelajación...

Instauración y mantenimiento del coma inducido. Y a criterio facultativo, para el mejor manejo del enfermo.

**Parámetros evaluados:**

BIS (Índice Biespectral), expresado como una cifra de 0 a 100, desde la ausencia total de actividad EEG (cero), hasta una actividad EEG normal –paciente despierto- (cien).

EMG (Electromiograma): Expresa la actividad muscular recogida por el sensor y corresponde en un 90% a la actividad del músculo frontal. Se refleja en el monitor mediante un número de 0 a 100.

TS (Tasa de Supresión), se expresa como un tanto por cien. Representa el porcentaje de tiempo en que el EEG ha estado plano en el último minuto. Su valor óptimo debe ser lo más próximo a cero.

ICS (Índice de Calidad de la Señal), expresado como tanto por cien. Su valor óptimo es 100.

FBE (Frecuencia del borde espectral), se expresa en tanto por cien, y mide la frecuencia media de las ondas de EEG. (1)

PT (Potencia Total), es el valor de voltaje de las ondas del EEG (altura de las ondas) y se mide en dB (microvoltios al cuadrado). Es un valor que oscila, entre 50 y 60.

**OBJETIVOS.**

Evaluar el nivel de conocimientos científicos respecto del Protocolo de Monitorización del Índice Biespectral (BIS) entre los profesionales de enfermería de la UCI del Hospital de León.

Detectar las carencias del mismo a fin de implementar los medios necesarios para corregir las deficiencias de conocimientos.

**METODO.**

La muestra está compuesta por 18 individuos con una media de edad de 35 años y una media de 8 años de ejercicio profesional en UCI. La herramienta utilizada para medir los datos de interés fue una hoja con un cuestionario con 13 preguntas de elaboración propia, y respuesta libre, a cerca del protocolo utilizado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de León, implantado en febrero de 2005.

**RESULTADOS.**

El cuestionario se agrupó en cuatro áreas:

1. Conocimiento del significado del Número BIS. El 94,4% tienen un conocimiento correcto a cerca de su utilización en la medición del nivel de conciencia. Si bien sólo el 55,5% establece una relación adecuada entre el nivel de conciencia, el nivel de sedación y la dosificación óptima de hipnóticos y sedantes en función del número BIS.

2. Instrucción a cerca de los datos ofrecidos por el sistema de medición del BIS. El rango del Número BIS en relación a la sedación óptima del paciente es de 40-60; posee un conocimiento adecuado de este dato el 83,3% de las enfermeras. En el caso de coma inducido este valor desciende por debajo de 10, respondiendo correctamente a esta cuestión el 44,4% de las encuestadas. Respecto a la detección del dolor y disconfor del paciente, medido mediante el Electromiograma (EMG), sólo el 33,3% relaciona un EGM mayor de 30 con esta situación. El 88,8% conocen el valor adecuado de la Tasa de Supresión (próximo a 0%).

La totalidad de las encuestadas conocen la influencia de los factores exógenos sobre la medición del número BIS.

3. Grado de conocimiento de la técnica de monitorización del BIS. Un 72,2% de las encuestadas ubica correctamente el sensor de medición (electrodo número 1 del sensor a 5 cm. por encima de la glavela). El 88,8% conoce el tiempo de presión sobre los electrodos (5 segundos) preciso para conseguir un contacto adecuado sensor/epidermis para la medición. Pero sólo el 38,8% desconoce la vida útil del sensor (24-36 horas).

La totalidad de las encuestadas reconoce esta técnica como propia de la Enfermería.

4. Cuidados de Enfermería. Orientados a evitar las lesiones cutáneas en el área de contacto del sensor (frontal), así como a la obtención de una medición fiable, el 83,3% describe en la encuesta unos cuidados correctos para evitar lesiones cutáneas secundarias a la aplicación y mantenimiento del sensor sobre la piel (piel limpia y seca). Y un 88,8% conoce que no es preciso que el enfermo y/o la piel del área frontal tengan ninguna preparación especial para la monitorización del BIS.

#### DISCUSION.

De las respuestas obtenidas en el cuestionario puede inferirse un adecuado conocimiento general del protocolo de monitorización del BIS.

Se detectan una carencia de conocimientos a la hora de relacionar nivel de conciencia y dosis de sedación, lo cual puede redundar en complicaciones potenciales (bienestar y dolor), siendo este punto clave en la provisión de unos óptimos Cuidados de Enfermería al paciente crítico. Igualmente hay un déficit de conocimientos en cuanto a la vida útil del sensor que puede implicar sesgos en los datos aportados por el sistema, influyendo esto de forma decisiva en el punto anterior.

Esto nos orienta hacia las necesidades específicas de formación en este procedimiento.

#### BIBLIOGRAFÍA:

1. Protocolo MONITORIZACION DEL INDICE BIESPECTRAL (BIS) EN U.C.I.  
Bibliografía utilizada para la realización del protocolo.
2. Fábregas N, Gambús P. Bispectral Index utilidad y experiencia clínica en unidades de cuidados intensivos. En: Net Castel A. Avances y Tecnología en medicina intensiva. Masson S.A. (Barcelona) 2004, 133-144.
3. Kaplan L, Bailey H. Bispectral Index monitoring of ICU patients continuous infusions of sedative and paralytics reduces sedative drug utilization and cost. Criti Care, 2004,4(supl):S110.
4. BIS-ICU. Guía de preguntas y respuestas. Aspect medical Systems International B.V. Haagse Schouwweg 8b, 2332, Kg Leiden, Nederlanden. 2003.
5. [Www.aspectmedical.com](http://www.aspectmedical.com)

**AUTOR/ES:**

Llamas Sánchez, Francisca; González Vázquez, Juana; Flores Cordón, Jaime; Macía Rodríguez, Carolina; Martín Ramos, M<sup>a</sup> Isabel; García Delgado, Inmaculada; Macía Rodríguez Pastora Mercedes; Lebrón Carmona, Julio.

**TÍTULO:**

Identificación de necesidades de familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Virgen Macarena.

**TEXTO DEL TRABAJO:****Introducción:**

La hospitalización de un paciente en una Unidad de Cuidados Críticos (UCC) tiene un fuerte impacto en la vida de sus familiares a nivel psicológico y social, ampliamente reconocido en la literatura, hasta tal punto que la Asociación Americana de Psiquiatría, en 1997, califica esta situación como un estresor traumático. Además, la rigidez en las normas de funcionamiento en muchas UCC, tales como el acceso limitado a las horas de visita y al de la información médica, provoca que el estrés aumente.(3,9,10,11)

Aunque en la mayoría de los estudios se pone de manifiesto la importancia de considerar las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en UCC y, de que exista la obligación legal de prestarles asistencia y cuidados, la realidad es que todavía no se considera a la familia como sujetos de cuidados. Múltiples estudios han identificado como necesidades principales las relacionadas con la información y la seguridad de que su familiar esté bien atendido, aspectos relativos al entorno, flexibilidad en las visitas, etc.(1,2) Además, se ha señalado también la importancia de que sean los propios familiares los que identifiquen sus necesidades. Por ello, en la línea de proporcionar unos cuidados óptimos a los familiares en la UCC del Hospital Universitario Virgen Macarena, se planteó en este estudio el objetivo de identificar las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados y, el nivel de satisfacción con la atención recibida, esperando que éste relacionado con la información y el trato que se les proporciona.

**Método:**

Se realizó un estudio observacional transversal. Fue llevado a cabo en la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Universitario Virgen Macarena, desde Octubre 2005 hasta Marzo 2007. Las normas de visita en esta Unidad estaba circunscrita a tres visitas diarias (a las 7, a las 14 y a las 19 horas) durante 15 minutos, pudiendo entrar dos familiares sin posibilidad de cambio en ese periodo). Mediante una técnica de muestreo aleatorio sistemático fueron seleccionados 585 familiares, de los que 268 accedieron voluntariamente a participar y cumplían los siguientes criterios de inclusión: desempeñar el papel habitual de interlocutor, tener una edad superior a los 18 años, no presentar déficits cognitivos, que su familiar llevara como mínimo 48 horas ingresado y, que no fuera profesional sanitario o familiar.

Para recoger la información se utilizó una encuesta elaborada en base a la bibliografía consultada(1,7). En un sobre cerrado se les entregaba la encuesta a los familiares a los diez días del ingreso o cuando se iban de alta. Se les explicaba los objetivos del estudio y, se les entregaba una hoja de información y consentimiento informado. Una vez autocumplimentadas, se echaban en un buzón situado en la entrada de UCC. Las variables de estudio fueron:

**Variable dependiente:**

Satisfacción con la atención recibida: se valoraba con un solo ítem en una escala numérica, del 1 al 10 (desde nada satisfecho a muy satisfecho)

**Variable independientes:**

Valoración de la sala de espera: mediante tres ítems con respuesta en una escala tipo likert, de cinco puntos; se valoraba la frecuencia de su utilización, la calificación de sus confort y, su equipamiento

Facilidad para localizar los servicios que necesitaban: mediante un ítem se valoraba la facilidad para acceder a distintos servicios del hospital.

Necesidad de otros recursos humanos: Con dos ítems se registraba si existía necesidad y, en caso de que la hubiese, de qué profesional.

Normas de visita: incluía cinco ítems, tres de ellos se dirigían a recoger la opinión sobre el tiempo que dura la visita, el nº de visitas al día, y el horario.

Información : incluía cinco ítems, en los que se valoraba la información proporcionada por el médico y enfermería en el ingreso y, evolución posterior, la comprensión de la información y, la homogeneidad en la proporcionada por el personal médico. Formato de respuesta en una escala tipo likert, de cinco puntos.

Trato: incluía 4 ítems para valorar el trato recibido por los distintos profesionales (médico, enfermeras, auxiliares, supervisora), en una escala numérica del 1 al 10 (desde muy mal a muy bien).

Accesibilidad: incluía dos ítems para valorar la accesibilidad del familiar a enfermería y médicos. Formato de respuesta en una escala tipo likert, de cinco puntos.

Identificación: cinco ítems valoraban la identificación de los distintos profesionales que atendían a su familiar (médico, enfermeras, auxiliares, supervisora, celador)

Percepción del entorno de cuidados: cinco ítems con una escala de respuesta numérica del 1 al 10 (muy mal a muy bien) valoraba la percepción del entorno del paciente (ruidos, iluminación, intimidad, cuidados y comodidad)

Variables sociodemográficas: edad, género, situación laboral, nivel educativo, parentesco, ingresos anteriores de familiares en UCC, convivir con el paciente, distancia del domicilio, días de ingreso.

Se realizó un análisis descriptivo de los datos en función de la escala de medida utilizada y, para determinar las relaciones de las variables de estudio con la satisfacción se utilizaron tests de ANOVA y de correlación. El nivel de significación establecido fue de  $p < .05$ .

#### Resultados

##### 1) Análisis descriptivo

Descripción de la muestra: el 58.6% de los sujetos eran mujeres. La edad se encontraba en un rango de 20 a 82, con una media de 45.7 años (DT = 13.27). El 61.2% trabaja fuera de casa, el 22% son amas de casa y, el porcentaje restante se reparte en jubilados y estudiantes. El 43.3% posee estudios primarios, el 23.9% estudios secundarios, el 21.9% estudios universitarios y, el resto sin estudios. En relación con el parentesco, el 35.1% de los encuestados son hijos/as del paciente, el 27.6% cónyuge, un 14.2% son padre/madre y, el porcentaje restante hermanos. El 57.8% convive con el paciente y, el 53% vive lejos del hospital. Por último, el 44 % de los familiares tenían experiencias previas de ingreso de familiares en UCC.

Valoración de recursos humanos y materiales: Sólo el 11.6% manifiesta la necesidad de otros profesionales, destacando la de un sacerdote, asistente social y psicólogo. En cuanto a la valoración de los recursos materiales, el 39,6% utiliza la sala de espera más de seis horas al día y, un 76.1% la califica de incómoda y, sugieren añadir equipamiento que la haga más confortable, como sillones más cómodos y televisión.

Normas de visitas: El 66.5% cree corto el tiempo de visita. En cuanto al nº de vistas, hay un 55.6% que lo considera suficiente, y más del 50% solicitan el cambio de la primera visita que se realiza a las 7h.

Información: El 90.7% comprende la información recibida de los facultativos. El 82.5% afirma haber recibido y comprendido información enfermera sobre los cuidados que se administran. El 52.5% afirma haber sido informado sobre los cambios de la situación clínica de su familiar.

Trato: enfermería obtiene una media 8.36 (DT = 1.72) en el trato, seguido de los médicos que alcanzan una media de 8.14 (DT = 1.90). Las auxiliares de 7.76 (DT = 4.98) y la supervisora de 6.01 (DT = 3.62)

Identificación: De los profesionales que atienden a su familiar, los médicos son los mejores identificados (70.8%), seguido de enfermería (51.6%).

Accesibilidad: al 31% le ha resultado fácil hablar con el médico cuando lo ha necesitado, mientras que un 38.4% manifiesta haber tenido dificultades para ello. En relación con el personal de enfermería, al 67.5% le resultó fácil comunicarse con ellos.

Percepción del entorno de cuidados: la percepción de los cuidados que recibe el paciente en la UCC es el aspecto mejor valorado, que alcanza una media de 8.61 (DT = 1.88) mientras que la intimidad es la peor valorada, con una media de 5.37 (DT = 3.38)

2) Análisis bivariado: al aplicar el test Anova se han encontrado relaciones estadísticamente significativas para un valor  $p < .05$  y  $p < .001$ , entre la satisfacción y la calificación de la sala de espera; con todas las variables de información, con la accesibilidad de los profesionales y, con la identificación de los distintos profesionales.

Igualmente, en el análisis de correlación las relaciones más altas de la satisfacción son las encontradas con el trato médico ( $r = .51$ ;  $p = .00$ ), seguido del trato de enfermería ( $r = .46$ ;  $p = .00$ ). Y, en cuanto a la valoración del entorno del paciente, corresponden a la percepción de los cuidados que recibe el paciente ( $r = .59$ ;  $p = .00$ ).

Discusión: en primer lugar, se identifica la necesidad de mayor confortabilidad en la sala de espera(1,9,11), justificable si tenemos en cuenta el gran número de familiares que vive lejos del hospital y tiene una permanencia en ella alta, hasta el punto de dormir en ahí. En cuanto a las necesidades de otros recursos humanos durante el ingreso de su familiar, aunque es un porcentaje mínimo el que lo demanda, hay que señalar la necesidad de otros profesionales para atender sus necesidades psicológicas, espirituales y sociales. Este resultado confirma las necesidades psicosociales puestas de manifiesto en otros estudios y, en este sentido, existe por ejemplo la recomendación de que se incorpore los cuidados espirituales del paciente y familia en la práctica clínica(3). Por otra parte, existe una demanda de pasar mayor tiempo con su familiar y, un horario de visitas más racional. En muchas UCC se están imponiendo políticas más flexibles de visitas; estudios descriptivos que han analizado los efectos fisiológicos de las visitas en el estado mental, presión intracraneal, y ritmo cardíaco no justifican la restricción, pues se han observado efectos beneficiosos(4,5,6).

En cuanto al proceso de interacción con los profesionales, la información y el trato resultan positivamente valorados, a diferencia de otros estudios que han señalado las dificultades de comprensión de la información(2,4,).

Un aspecto que llama la atención es que aunque el personal de enfermería resulta más accesible que el médico, la mayoría de los familiares identifican mejor al médico que atiende a su familiar que a enfermería. Ello puede ser explicado por el sistema de turnos del personal de enfermería, que rompe la continuidad asistencial.

Por último, destacar que la necesidad que tienen los familiares de asegurarse de que su paciente está recibiendo cuidados de calidad(8), en nuestro estudio queda totalmente cubierta, dado que la mayoría de los familiares percibían unos cuidados de calidad.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Azoulay E. et al. "Meeting the needs of Intensive care unit patient families". American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2001.
2. Bernat Adell MD., Tejedor López R., Sanchis Muñoz J. "¿Cómo valoran y comprenden los familiares la información proporcionada en una unidad de cuidados intensivos?" Enferm Intens 2000; 11(1).
3. Davidson J., Powers K., Hedayat K., Tieszen M., Kon A., Shepard E., et al. "Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004 – 2005". Crit Care Med 2007 Vol. 35, Num. 2.
4. Heyland DK., Rocker GM., Dodek PM., et al. "Family satisfaction with care in the intensive care unit: Result of a multiple center study. Crit Care Med 2002; 30.
5. Kleman M., Bickert A., Karpinski A., et al. "Physiologic responses of coronary care patients to visiting". J Cardiovasc Nurs 1993; 7.
6. Krapohl GL. Visiting hours in the adult intensive care unit: Using research to develop a system that works". Dimens Crit Care Nurs 1995; 14.
7. Molter. "The needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study". Heart and Lung. 1979; 8.
8. O'Malley P., Favaloro R., Anderson B., et al. "Critical care nurse perceptions of family needs". Heart Lung 1991; 20.
9. Pérez Cárdenas MD., Rodríguez Gómez M., Fernández Herranz AI., Catalán González M., Montejo González JC. "Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos". Med Intens 2004; 28(5).
10. Rodríguez Martínez MC., Rodríguez Morilla F., Roncero del Pino A., Morgado Almenara MI., Theodor Bannik J., et al. "Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico". Enferm Intens 2003; 14(3).
11. Velasco Bueno JM., Prieto de Paula JF., Castillo Morales J., Merino Nogales N., Perez-Milla López E. "Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España". Enferm Intens 2005; 16(2).



## Mesa de comunicaciones 26(Español):Cuidados de salud en niños

### AUTOR/ES:

Giráldez M, Fraguas D, Merchán-Naranjo J,Rappaport E, Arango C.

### TÍTULO:

EFECTOS METABÓLICOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES TRATADOS CON ANTIPSICÓTICOS DE SEGUNDA GENERACIÓN

### TEXTO DEL TRABAJO:

#### INTRODUCCIÓN:

La prescripción de antipsicóticos de segunda generación (ASG) en niños y adolescentes ha aumentado de forma muy importante en los últimos años (Arango y cols Olfson y cols, 2006). Sin embargo el uso de estos fármacos se asocia con la aparición de efectos adversos metabólicos, como aumento de peso, dislipemia e hiperglucemia (Correll y Carllson 2006, Laita y cols al 2007). Estos efectos metabólicos se asocian con un aumento del riesgo de mortalidad (Cohn y Sernyak 2006), que repercute con especial gravedad en la población infanto-juvenil (Fedorowicz y Fombonne, 2005). La obesidad infantil ha aumentado en las últimas décadas, y se ha asociado con un incremento de dislipemia, hipertensión e hiperglucemia en población pediátrica. Esta constelación de alteraciones metabólicas se ha agrupado bajo la definición de síndrome metabólico cuya aparición y empeoramiento se relaciona con el consumo de ASG. Los datos disponibles de este tema proceden principalmente de muestras de pacientes anglosajones. Por ello, nos planteamos estudiar los efectos metabólicos en niños y adolescentes de la población española.

#### OBJETIVO:

El objetivo de este estudio fue evaluar los efectos secundarios metabólicos en niños y adolescentes tratados por primera vez con antipsicóticos de segunda generación durante seis meses.

#### MÉTODOS:

Este estudio longitudinal naturalístico se realizó en la Unidad de Adolescentes del Departamento de Psiquiatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. Los niños y adolescentes que acudieron alguno de los diferentes programas de esta unidad entre Marzo de 2005 y Octubre de 2006 y que recibieron por primera vez una prescripción de fármacos antipsicóticos (olanzapina, risperidona o quetiapina) en los treinta días previos al reclutamiento fueron invitados a participar en el estudio. Ninguno de los pacientes había recibido previamente tratamiento antipsicótico.

Los pacientes que continuaron durante seis meses de forma ininterrumpida el tratamiento antipsicótico, sin cambios de fármaco y con buen cumplimiento terapéutico fueron incluidos en el estudio.

Un total de 66 niños y adolescentes (44 varones (66.7%), 22 mujeres (33,3%) con una edad media de  $15,2 \pm 2,9$  años) que recibieron tratamiento antipsicótico con risperidona(n= 22), olanzapina(n=20) y quetiapina (n=24) compusieron la muestra.

Las medidas principales de estudio fueron:

1. Aumento significativo de peso (definido como aumento de 0,5 o más puntos de IMC, Z score corregido por edad y sexo)
2. Riesgo de acontecimientos adversos de salud (definidos como a) peso por igual o mayor del percentil 85 del IMC junto a uno o más de los siguientes factores de riesgo: Hipertensión arterial, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia ó hiperglucemia, o b) peso por encima del percentil 95 de IMC)

El análisis de las diferencias entre la medida basal y la de los seis meses de las variables principales de estudio entre los tres grupos de tratamiento (risperidona, quetiapina y olanzapina) se realizó mediante un análisis de la covarianza (ANCOVA), ajustado para comparaciones múltiples y controlado por edad, valores basales de variables principales diagnóstico y duración total de uso de antipsicótico antes de analíticas basales. A continuación se realizó un análisis de regresión logística para evaluar el peso de cada una de las variables clínicas y sociodemográficas sobre las medidas principales.

#### RESULTADOS:

El 50% de la muestra (33 pacientes) aumentó de forma significativa de peso tras los seis meses de tratamiento con antipsicóticos. De estos 33 pacientes 11 pertenecían al grupo de risperidona, 15 al de olanzapina y 7 al de quetiapina ( $P=0.01$ , comparación post-hoc: risperidona-olanzapina,  $P=0.096$ , risperidona-quetiapina  $P=0.148$ , y olanzapina-quetiapina  $P=0.002$ ). El tratamiento con olanzapina aumentó en 7.9 veces el riesgo de aumento significativo de peso ( $P=0.006$ ). El tratamiento con risperidona aumentó en 4.1 veces el riesgo de aumento significativo de peso ( $P=0.094$ ). El tratamiento con quetiapina no se asoció con aumento significativo de peso.

#### DISCUSIÓN

Este es el primer estudio que compara el aumento de peso y la situación de riesgo para acontecimientos adversos de salud en niños y adolescentes tratados con ASG. Nuestros resultados muestran que tras sólo seis meses de tratamiento el uso de risperidona incrementó el riesgo de aumento significativo de peso, mientras que el uso de olanzapina incrementó tanto el riesgo significativo de peso como riesgo para acontecimientos adversos de salud. Dado que la muestra de pacientes estaba compuesta por niños y adolescentes con historia de tratamiento antipsicótico menor de 30 días los resultados resaltan la repercusión en la aparición de efectos adversos metabólicos del tratamiento con ASG en población pediátrica.

Por tanto, es imprescindible controlar la aparición de estos efectos adversos en todos los niños y adolescentes en tratamiento con ASG.

"Supported by the Spanish Ministry of Health, Instituto de Salud Carlos III, RETICS RD06/0011(REM-TAP Network)".

#### BIBLIOGRAFÍA:

1. Olfson M, Blanco C, Liu L, Moreno C, Laje G. National trends in the outpatient treatment of children and adolescents with antipsychotic drugs. *Arch Gen Psychiatry*.2006; 679-85.
2. Correll CU, Carlson HE. Endocrine and metabolic adverse effects of psychotropic medications in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.2006;5:771-91
3. Cohn TA, Sernyak MJ. Metabolic monitoring for patients treated with antipsychotic medications. *Can J Psychiatry*. 2006;51:492-501.
4. Fedorowicz VJ, Fombonne E. Metabolic side effects of atypical antipsychotics in children: a literature review. *J psychopharmacol*. 2005; 19:533-50.6.
5. Arango C, Parellada M, Moreno DM. Clinical effectiveness of new generation antipsychotics in adolescent patients. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2004 Nov;14 Suppl 4:S471-9.
6. Laita P, Cifuentes A, Doll A, Llorente C, Cortes I, Parellada M, Moreno D, Ruiz-Sancho A, Graell M, Arango C. Antipsychotic-related abnormal involuntary movements and metabolic and endocrine side effects in children and adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2007

**AUTOR/ES:**

Dominguez Rosales, Rosario; Ruiz Pérez, M<sup>a</sup> Teresa; Beatriz Tena García; Rosado Poveda M<sup>a</sup> Asunción; Albar Marín, M<sup>a</sup> Jesús; Garzón Real, M<sup>a</sup> Josefa; González Caro, Eva; Peñaloza Gómez, M<sup>a</sup> Isabel.

**TÍTULO:**

Influencia de los Toques Terapéuticos en el desarrollo de Recién Nacidos Preterminos. Financiado por el Fis-PI 050532.

**TEXTO DEL TRABAJO:**

## Introducción

El periodo postnatal es caracterizado por altos niveles de estrés exacerbados aún más en los casos de recién nacidos pretérminos (RNP) que tienen que ingresar en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) separados de sus madres. En éstas, además de estar sometidos a un ambiente altamente estresante (alta intensidad de sonidos y de luces) se encuentran privados de la estimulación táctil que podrían haber tenido con los cuidados maternos habituales.

Aunque la estimulación táctil ha sido identificada crucial para el desarrollo del apego y para el bienestar general de los niños, muchas UCIN han instituido mínimamente esta política de estimulación (1), dada la preocupación por la incapacidad de los niños pretérminos de afrontar la excesiva estimulación,

En un esfuerzo por identificar tipos de estimulación táctil que podrían ser beneficiosa para RNP, un grupo de investigadores han examinado los efectos de intervenciones con masajes y toques terapéuticos

(2,3). El masaje puede ser definido como una forma de estimulación táctil sistemática proporcionado con las manos; el tipo de masaje típicamente utilizado en cuidados neonatales es acariciar lentamente cada parte del cuerpo del niño por turnos (4). Field (5) señala que aunque los bebés prematuros pueden parecer frágiles, para que el masaje sea eficaz se precisa una cierta presión. Algunos estudios sugieren que hacen decrecer el estrés y recomiendan su utilización porque favorece el crecimiento y desarrollo del niño (3,6).

De todos modos, para los RNP se aconsejan más los toques terapéuticos (TT), definidos como un proceso de modulación de la energía durante el cual el profesional utiliza las manos como un instrumento para facilitar la recuperación del niño. Krieger (7) describe tres efectos de los TT que considera fiables: una respuesta rápida de relajación, alivio del dolor y un proceso de recuperación más rápido.

La literatura de enfermería consultada en la Cochrane Plus (2004) aconseja también la estimulación táctil en RNP. Dicha literatura adolece de algunas deficiencias metodológicas; por ejemplo, en la revisión de Field (5) se incluye el estudio de Solkoff (8), en el que no se especifica el método de asignación de tratamiento y el de Siqueland (9) que no describe el método experimental utilizado. Además, estudios que han utilizado distintos tipos de intervenciones tales como, hamacas y camas de agua han llegado a conclusiones generales acerca del valor de la "estimulación táctil" (10). En definitiva, los hallazgos de estas revisiones son difíciles de llevarlos a la práctica, dado que incluyen un amplio rango de intervenciones, pero no especifican que técnica podría ser la más adecuada para ser implementada en un contexto clínico.

A pesar de ello, la revisión de la Cochrane sugiere que los TT pueden mejorar la ganancia de peso en RNP y proporciona alguna evidencia del efecto de esta terapia en el tiempo de estancia en el hospital (11,12), en el sentido de que disminuyen los días de ingreso. Por otra parte, los argumentos a favor de esta intervención se basan en que es una técnica no invasiva, no requiere equipamiento especializado y puede implementarse sin perturbar los procedimientos rutinarios de cuidados. Especialmente, para niños clínicamente estables, parece que existen pocos riesgos de efectos adversos.

En nuestro país son escasos los estudios realizados por enfermería evaluando intervenciones de estimulación táctil en RNP. Entre las causas de su no utilización la literatura señala el miedo a la sobreestimulación del niño; el coste, ya que los profesionales deben estar entrenados en la técnica y disponibles para administrarlo varias veces al día, y la insuficiente investigación que pruebe su efectividad.

Por ello, nos planteamos en este estudio el objetivo de valorar los efectos de los toques terapéuticos en algunos indicadores de la evolución de los RNP durante el tiempo que permanecen ingresados en la UCIN y, en la satisfacción de los padres.

**Metodo:**

Se realizó un estudio experimental, aleatorio, controlado, con grupo control y experimental. El ámbito de estudio fue la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Universitario Virgen Macarena, la recogida de datos de Enero de 2006 a Marzo de 2007. Se incluyeron 78 recién nacidos pretérminos, 39 en el grupo control y 39 en el experimental, que cumplían los siguientes criterios de inclusión: tener 30 a 36 semanas de edad gestacional; peso entre 1.350 y 2.150 gramos al nacer; hemodinámicamente estable; con nutrición enteral, parenteral o mixta; sin contraindicación médica para ser tocado; que los padres consientan por escrito a que el recién nacido participe en el estudio. Antes de llevar a cabo la asignación de participantes al estudio, la investigadora principal explicaba a los padres del niño o tutores legales el propósito del estudio, la intervención que se le realizaría y los efectos que se esperaban. Se proporcionaba a los padres una hoja informativa y se les daba tiempo suficiente y oportunidad de plantear preguntas sobre los detalles del estudio y de decidir si participaban o no.

La recogida de datos se realizó mediante un registro diseñado ad hoc, que incluía la medición de las variables resultado peso, complicaciones postnatales, días de estancia y satisfacción de los padres (escala del 1 al 5) y las variables de control: edad de la madre, edad gestacional, tipo de lactancia (natural, adaptada, mixta), antecedentes de la madre, tipo de parto, fecundación in vitro, género del RN. De la historia clínica del RN se recogía la información de las variables de control y, la satisfacción de los padres con la atención recibida el RNP se medía al marcharse de alta.

La variable independiente era la aplicación de toques terapéuticos. Para evitar la variabilidad en la práctica profesional, las enfermeras encargadas de realizar la intervención (aplicación de TT) fueron entrenadas previamente por la investigadora principal del proyecto. Se aplicaban sesiones de hasta 10 minutos tres veces al día, una vez por turno, durante todos los días hasta el alta hospitalaria. La intervención se iniciará dentro de las 72 horas de vida.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables, en función de la escala de medida y, para comparar las mediciones obtenidas en las variables resultado se utilizó el test t de Student para muestras independientes y, la prueba de Ji Cuadrado, previa comprobación de la homogeneidad de la varianza en ambos grupos y la normalidad de las variables. Todos los cálculos estadísticos se realizaron con el paquete estadístico SPSS 12.0.

**Resultados:** la media de edad de las madres era de 30,99 años (DT=6,126); de edad gestacional 237,41 días (DT=10,411); un 70.9% han sido partos distócicos, un 41,18% embarazos múltiples; un 26,6% fecundaciones in vitro y, en cuanto al género de los recién nacidos el 50,60% son niños. En relación con las variables resultado, la media del tiempo de estancia en la unidad fue de 16,82 (DT = 6.47) en el grupo experimental y, de 20,30 (DT = 8.04) en el grupo control; en el peso, la media fue de 1867,80 (DT = 149,72) en el grupo experimental y 1860 (DT = 181,92); en la satisfacción de los padres, en el grupo experimental fue de 4.87 (DT = .34) y de 4.85 en el grupo control (DT = .36).

Por último, en cuanto a la presentación de complicaciones, el porcentaje en el grupo experimental es de 5.3 mientras que en el grupo control es del 20%. En la exploración de los datos, se comprobó la homogeneidad de los dos grupos, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables. En el análisis inferencial, se observaron diferencias estadísticamente significativas, para un valor  $p < 0.05$ , en la variable tiempo de estancia ( $F = -2.100$ ;  $p = .039$ ) y, en complicaciones postnatales ( $Ji$  Cuadrado = 3.78;  $p = .049$ ).

Discusión: en consonancia con otros estudios Field y Scafidi (4,6) nuestros resultados ponen de manifiesto la efectividad de la aplicación de los TT en el tiempo de estancia y, en la presentación de complicaciones. No obstante, estos resultados hay que interpretarlos con cautela dado el tamaño de la muestra. Como consecuencia, sería necesario resolver éste problema en futuras investigaciones realizando estudios multicéntricos, para garantizar un mayor potencia estadística a los efectos identificados. Por otra parte, sería interesar ampliar la medición de los efectos de los TT a otras variables resultados a través de las cuales se pudiera interpretar una disminución del estrés en RNP, tales como medición del tiempo de sueño, episodios de llanto u otras medidas de tipo fisiológico como el ritmo cardíaco y respiratorio. En cuanto a la práctica clínica, aunque no se ha realizado un estudio de coste-efectividad, la disminución de los días de estancia hace recomendable su aplicación y, además se podría plantear la participación de los padres para fortalecer el vínculo afectivo con su hijo/a.

Conclusión: en base a nuestros hallazgos sería necesario continuar investigando en éste tema, incorporar este tipo de intervención en las unidades de cuidados neonatales y facilitar la participación de los padres en ella.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Harrison LL, Willian AK, Berbaum ML, Stem JT, Leeper J (2000) "Physiologic and behavioural effects of gentle human touch on preterm infants". *Research in Nursing and Health*; 23: 435-46.
2. Spence JE, Olson MA. Therapeutic touch 1975-1995: an integral review of the literature, *Scand J Caring Sci*. 1997; 11: 183-190.
3. Vickers, A, Ohlsson, A.J., y Horsley, A. Massage for promoting growth and development of preterm and/or low birth-weight infants. *The Cochrane Database of Systematic Review* 2005. Vimala Schneider. Masaje Infantil. Ediciones Medici 2004.
4. Scafidi f, Field T (1996). "Massage therapy improves behaviour in neonates born to HIV- positive mothers". *Journal of Pediatric Psychology*; 21: 889-97.
5. Field TM (1980). "Supplemental stimulation of preterms neonatos". *Early Human Development*; 4:301-14.
6. Harrison LL. The use of comforting touch and massage to reduce stress for preterm infants in the neonatal intensive care unit. *Newborn Infant Nurs Rev*. 2001; 1(4): 235-241.
7. Krieger D (1993) *Accepting Your Own Power to Heal: The Personal Practice of Therapeutic Touch*. Santa Fe, NM: Bear and Company.
8. Solkoff N, Matuszack D (1975). Tactile stimulation and behavioral development among low-birthweight infants. *Child Psychiatry and human Development* ; 6: 33-7.
9. Siqueland ER (1973). "Biological and Experimental Determinants of Exploration in Infancy. In: Stone Lj, Smith HT, Murphy LB, editor. *The Competent Infant*. London: Tavistock Publications.
10. Field T. (1995). "Massage therapy for infants in the intensive care unit". *Clinics in Perinatology*.; 17;1-9
11. Scafidi F, Field TM, Schanberg SM, Bauer CR, Tucci K, Roberts J, et al. ( 1990). " Massage stimulates growth in preterm infants: A replication". *Infant behavior and development* 13, 167-188.
12. Field T, Shamberg S , Scafidi, F(1986): Tactile/Kinesthetic stimulation effects on preterms neonates. *Pediatric*; 77; 654-658

**AUTOR/ES:**

Velázquez González Rosario, Picallos Conde M<sup>a</sup> Dolores, Flores Caraballo Jesús M<sup>a</sup>, García García M<sup>a</sup> José.

Proyecto de investigación financiado por Servicio Andaluz de Salud, Junta de Andalucía 2005-2007.

**TÍTULO:**

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE CUIDADOS DESDE LA PERSPECTIVA DE PADRES DE NIÑOS DE LA UNIDAD DE PRESCOLARES Y HEMATO-ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**INTRODUCCIÓN:** el ingreso hospitalario de un niño/a tiene un fuerte impacto psicológico en los padres; se encuentran expuestos a estresores que les generan intraquietud e incertidumbre sobre su rol en el hospital y, sentimientos de incompetencia ante el desconocimiento de las labores de cuidados en interacción con los modernos instrumentos terapéuticos. Todo ello tiene como consecuencia altos niveles de ansiedad. Algunos estudios han identificado los principales problemas parentales ante la hospitalización (7). Entre ellos destacan, cambios en el rol parenteral, preocupación sobre la evolución de la enfermedad y los procedimientos médicos, trato con el personal sanitario y, cuestiones relacionadas con la alteración de las rutinas diarias. No obstante, son pocos los estudios que han analizado las experiencias de los padres durante la hospitalización de sus hijos. Consideramos que una de las formas de acercarnos a sus vivencias es a través de la evaluación que ellos pueden hacer de la calidad asistencial que perciben durante el ingreso hospitalario y, conocer su satisfacción como un indicador de calidad (2).

En este sentido, aunque existen diversas propuestas para evaluar la calidad (Donabedian, 1966; Saturno, 1997), uno de los modelos teóricos más utilizados en los servicios sanitarios para conocer la calidad asistencial desde la perspectiva de los usuarios es el SERVQUAL de Parasuraman, Berry y Zeithman (1985). Diversas adaptaciones realizadas en nuestro país se han utilizado en estudios que han explorado la satisfacción de los usuarios y la calidad percibida (Gea MT y col. 2001). Las características que contempla este modelo se integran en cinco dimensiones: tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía, que reflejan diferentes aspectos de la atención que se presta durante la hospitalización.

En nuestro estudio hemos utilizado este modelo teórico con el objetivo de conocer la percepción de los padres sobre la calidad de cuidados que reciben sus hijos e identificar la satisfacción con la atención que reciben.

**METODO**

Diseño: estudio descriptivo transversal mediante encuesta.

Ambito de estudio: unidad de Preescolares y de Hemato-Oncología Pediátrica del H. U Virgen Macarena. Unidad que consta de 12 camas de la especialidad médico-quirúrgica y 6 camas de Hemato-Oncología.

Sujetos: se seleccionaron 138 cuidadores utilizando un muestreo aleatorio sistemático, teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión: persona que habitualmente permanece con el niño, hospitalización mínima del niño de tres días, acceder voluntariamente a participar en el estudio, no presentar déficit cognitivos o sensoriales, ni ser familiar o personal sanitario del hospital.

Instrumento: se utilizó un cuestionario de 44 ítems para medir las cinco dimensiones del modelo SERVQUAL, con un formato de respuesta en una escala tipo lickert del 0 al 4.

Tangibilidad: incluía 12 ítems para conocer las características físicas y apariencia de las instalaciones, equipos, personal y otros elementos con los que los usuarios están en contacto al ingresar en la unidad.

Fiabilidad: incluía 2 ítems para conocer la habilidad de los profesionales de enfermería para prestar los cuidados de forma adecuada y constante.

Capacidad de respuesta: incluía 4 ítems para conocer la disposición de los profesionales de enfermería para ayudar a los usuarios y atender sus necesidades de forma rápida.

Seguridad: incluía 7 ítems para conocer los conocimientos y atención mostrada por los profesionales respecto al servicio que están prestando, además de la habilidad de los mismos para inspirar confianza y credibilidad.

Empatía: incluía 5 ítems para conocer el grado de atención personalizada ofrecida a los usuarios. También se utilizó un registro de variables sociodemográficas y clínicas: edad del cuidador y del hijo/a; lugar de residencia; ingresos anteriores; nivel de estudios; situación laboral; motivo de ingreso del niño y patología y, días de ingreso.

Por último, la satisfacción con la Atención recibida, se midió en una escala numérica del 0 al 10, de nada satisfecho a muy satisfecho.

Recogida de información: el cuestionario se entregaba al cuidador principal del niño, a partir del tercer día de ingreso del niño. La recogida de cuestionarios autocumplimentados se realizó mediante un buzón situado en el control de enfermería, para garantizar el anonimato de los participantes.

Análisis de la información: Se realizó un análisis descriptivo de las variables estudiadas y, para determinar la relación entre satisfacción de los padres y dimensiones de calidad percibida se hallaron los coeficientes de correlación de Pearson, para un nivel de significación menor que 0.05. Se utilizó el programa estadístico SPSS 12.0

#### RESULTADOS:

Características sociodemográficas: el 87% de la muestra eran madres con una edad media 33,26 años (DT=6,22), el 58% trabajaba fuera de casa, un 47,1% tenía estudios primarios, seguido de un 28,3% con estudios secundarios.

Se obtuvieron los siguientes resultados en las dimensiones de calidad: la media de Tangibilidad fue de 2.71 (DT = .29); media de Seguridad = 2.32 (DT = .45); media de Capacidad de respuesta 2.57 (DT = .45); media de Empatía 3.51 (DT =.68); media de Fiabilidad 3.43 (DT = .58). En Satisfacción se alcanzó una media de 8. 51 (DT = 1.31).

En el análisis de correlación para determinar la relación de la satisfacción con las dimensiones de calidad se obtuvieron relaciones estadísticamente significativas con todas, siendo las puntuaciones más altas las que correspondían a las dimensiones de fiabilidad ( $r=.60$ ;  $p<0.01$ ), seguridad ( $r=.60$ ;  $p<0.01$ ) y capacidad de respuesta ( $r= .56$ ;  $p<0.01$ ).

CONCLUSIONES: De los resultados obtenidos en las diferentes dimensiones de calidad, se comprueba que las dimensiones mejor calificadas son fiabilidad y empatía; los padres ponen de manifiesto estar muy satisfechos: con la capacidad científico-técnica del personal de enfermería, con la rapidez de éste para resolver los problemas y necesidades que se les han planteado durante su hospitalización y con la información que han recibido durante el proceso de hospitalización del niño, que abarca desde su ingreso en la unidad hasta la entrega del informe de continuidad de cuidados al alta. Al mismo tiempo destacan la humanidad y amabilidad transmitida por el personal de enfermería, tanto a padres como al niño hospitalizado.

En la dimensión de tangibilidad, ha sido valorada muy positivamente la limpieza de la unidad y habitaciones; no obstante, se han detectado deficiencias en el mobiliario, poca confortabilidad en las habitaciones y barandas protectoras poco seguras para las camas de los niños.

Han sido demandadas: habitaciones individuales, camas para el acompañante, sillones más cómodos, así como una sala destinada para recibir la información sobre la evolución de la enfermedad de su hijo/a, donde se les aporte intimidad.

Estas deficiencias detectadas requieren por parte de la organización la aportación y mejora de recursos materiales.

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. Beck KL, Larrabee JH. Measuring patients' perception of nursing care. *Nursing Management* 1996; 27. 32-34.
2. Bragadottir, H y Reed, D. Psychometric Instrument Evaluation: the pediatric family satisfaction questionnaire. *Pediatric Nursing* 2002, 28 (5); 475-482.
3. Kvist, S. B, Rajantie, I., Kvist, M., y Siimes M. A. Perceptions of problematic events and quality of care among patients and parents after successful therapy of the child's malignant disease. *Social Science Medical* 1991, 33(3), 249-256.
4. Davis, J. E. Children in accident and emergency: parental perceptions of the quality of care. Part I. *Accident and Emergency Nursing* 1995, 3, 14-18.
5. Schaffer, P., Vaughn, G., Kenner, C., Donohue, F., y Longo, A. Revision a parent satisfaction survey based on the parent perspective. *Journal of Pediatric Nursing*, 2000; 15(6), 373-377.
6. Quiles, M y Pedroche, S. El papel de los padres en la preparación psicológica a la hospitalización infantil. En J. Ortigosa y F. Mendez (eds). *Hospitalización infantil: Repercusiones psicológicas. Teoría y Práctica*, 155-174. Madrid: Biblioteca Nueva.
7. Serradas Fonseca, M. La pedagogía hospitalaria y el niño enfermo: Un aspecto más en la intervención socio-familiar. *Rev. Ped* 2003, 24, 71



**AUTOR/ES:**

DORRONSORO BARANDIARAN, M. OSANE

**TÍTULO:**

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE REACCIONES POSTVACUNALES EN LACTANTES DE UN CENTRO DE SALUD DE GIPUZKOA

**TEXTO DEL TRABAJO:****INTRODUCCIÓN**

La inmunización activa consiste en estimular al organismo para que produzca anticuerpos y otras respuestas inmunitarias a través de la administración de una vacuna o un toxoide con el objeto de que produzca una respuesta similar a la infección natural, pero sin que implique un riesgo para el vacunado.

La reacción adversa se define como la reacción nociva y no intencionada que se produce con las dosis utilizadas normalmente en el hombre para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de las enfermedades o para la modificación de una función fisiológica (se incluyen las vacunas preventivas y terapéuticas).

Las reacciones locales más habituales tras la vacunación son: dolor, enrojecimiento e induración.

Las reacciones sistémicas más comunes son: fiebre, llanto persistente, y trastornos en la alimentación y sueño. Estas reacciones pueden aparecer en las primeras horas siguientes a la vacunación y ceden en horas o días sin complicaciones

El Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, siguiendo las recomendaciones del Comité Asesor de Vacunaciones de Euskadi, procedió a modificar el calendario vacunal infantil de la CAPV en el año 2004 introduciéndose los siguientes cambios: cambiar la primo vacunación frente a tos ferina de célula completa por la vacuna frente a la tos ferina acelular y sustituir la vacuna oral frente a la poliomielitis (VPO) por la vacuna intramuscular inactivada (VPI). En marzo del 2006 fue introducida en el calendario vacunal de la CAPV la vacuna hexavalente reduciéndose la aplicación de las vacunas a dos inyectables.

La indicación de la aplicación de antitérmicos previa o posterior a la vacunación en algunas ocasiones lo establece el sanitario y en otras se realiza a criterio de los padres según las reacciones presentadas por el lactante.

**OBJETIVO**

Evaluar las reacciones adversas tras la administración de las vacunas DTPa-Hib VHB-IPV (Infanrix Hexa) , vacuna conjugada frente a meningococo C (Meningitec- NeisVac-C) y vacuna conjugada frente al neumococo (Prevenar) en los niños de 2-10 meses de edad. Así como registrar la administración de antitérmicos por parte de los cuidadores al lactante.

**PLAN DE TRABAJO**

Enero- Febrero 2006 : Diseño del estudio

Marzo - Agosto 2006 : Puesta en marcha y recogida de datos

Septiembre - Noviembre 2006: Análisis del contenido

Diciembre 2006: Informe y descripción de resultados

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Se plantea la realización de un estudio de cohorte prospectivo que se lleva a cabo entre los meses de marzo a agosto de 2006 en la consulta de Enfermería Pediátrica del C.S.Gros

Sujetos de estudio: población infantil del centro de salud de Gros que cumpla los criterios establecidos

.Criterios de inclusión : niños entre 2 a 10 meses de edad que acudían a la revisión del niño sano y que eran vacunados con Infanrix Hexa y/o Meningitis y/o vacuna antineumocócica, y cuyos padres estuvieran dispuestos a participar en el estudio.

Criterios de exclusión: niños cuya patología presentada correspondía a otro proceso diferente a la posible reacción vacunal. También se excluía a aquellos niños que en vacunaciones previas habían presentado reacción postvacunal.

En la visita, se les daba una hoja informativa a los padres con el propósito del estudio. y la enfermera les instruía en los métodos de recogida de los datos y les pedía que la devolvieran en la próxima visita.

Previamente se calculó el tamaño de la muestra necesario para el objetivo del estudio que fue de 132 niños al que se le añadió un porcentaje para preveer las posibles no respuestas.

Se elaboraron 2 cuestionarios, uno para las enfermeras y otro para los padres.

- En el cuestionario de enfermeras se registraban diferentes variables correspondientes a la filiación, sexo, edad, fecha de vacunación, tipo y lote de vacuna, laboratorio de procedencia, número de dosis administrada, calibre de aguja y localización de la inyección.

- En el cuestionario para los padres se registraba la filiación, fecha de nacimiento y fecha de vacunación. Por la tarde del día de vacunación y durante los 3 días siguientes los padres registraban:

- Si habían administrado o no antitérmicos preventivamente, y en caso afirmativo la dosis.

- Si tenían fiebre o no tras la vacunación y en caso afirmativo donde fue tomada la temperatura (axilar, rectal, otros).

- Si en caso de fiebre o malestar administraban antitérmicos, así como si acudían o no al pediatra.

- Si había signos de dolor en la extremidad o extremidades vacunadas. Era considerado dolor si al mover el muslo el lactante lloraba.

- Si había zona de enrojecimiento o coloración en el lugar de inyección, así como la tumefacción localizada en la extremidad(es) vacunadas. Los diámetros de enrojecimiento o coloración y de tumefacción se clasificaron como no presente, presente entre 0-10 mm, 10-20 mm y >20 mm.

- El apetito, considerando si comía como siempre o si rechazaba en parte el alimento.

- Si estuvieron irritables o no.

- Si dormían como siempre, se despertaban frecuentemente, o estuvieron más dormidos de lo habitual.

El programa estadístico utilizado para el análisis del estudio es el SPSS 13.0 para Windows.

## RESULTADOS

Se entregó el cuestionario a 190 casos y se obtuvieron 141 respuestas ( 74%). De los 141, 3 fueron eliminados por cumplir criterios de exclusión, 7 por haber tomado antitérmico preventivamente y en 4 no se conoció esta situación. El total de niños estudiados fue de 127, 68 niños y 59 niñas y con la siguiente distribución por edad: 52 de 2 meses, 40 de 4 meses, 21 de 6 meses y 14 de 7 a 10 meses de edad.

A un 15,75% del total de niños vacunados se les dio antitérmico postvacunal.

El porcentaje de niños que no presentó fiebre fue superior al 79% en todos los casos, así como que el dolor estuvo ausente en un porcentaje superior al 88%.

El porcentaje de niños que no presentaron enrojecimiento del muslo derecho fue mayor al 84%, disminuyendo este porcentaje hasta un 73% en el caso de los niños vacunados solo de Hexavalente.

El porcentaje de induración fue del 28,6% en muslo izquierdo al segundo día de Prevenar frente al 23,1% en muslo derecho tras la aplicación de Hexa + Meningo. No obstante este dato no es valorable por ser muy bajo el nº de niños vacunados con Prevenar.

Un 15,1% de los vacunados tuvieron alteración en la toma de alimento, un 23,6% de niños se encontraban irritables durante el primer día y el 74% de los niños durmieron como siempre.

## CONCLUSIÓN

La realización de este estudio permitió conocer las reacciones tras la vacunación presentadas por niños entre 2 a 10 meses de edad que acudían a la revisión del niño sano y que eran vacunados con Infanrix Hexa y/o Meningitis y/o vacuna antineumocócica y registrar la administración de antitérmicos por parte de los cuidadores del lactante.

Los porcentajes de ausencias de reacciones vacunales como fiebre, dolor y enrojecimiento en muslos superaron el 79% con todas las vacunas. La aplicación de Prevenar eleva el porcentaje de induración casi al 30%. No obstante, hay que tener en cuenta que el número de aplicaciones de Prevenar fue pequeño. Con respecto a las reacciones relacionadas con la alteración del comportamiento, el porcentaje de pérdida de apetito fue del 15%, el 23% se encontraban irritables y un 24% presentó alteraciones en el sueño.

En relación a la administración de antitérmicos por parte de los padres el porcentaje de no administración fué elevado ya que a los 2 y 6 meses no recibieron el 86%, mientras que a los 4 meses el 80%. Por lo tanto la proporción de padres que administró antitérmicos a sus hijos fué bajo.

Las reacciones postvacunales fueron leves y se presentaron en bajos porcentajes. Ningún lactante precisó de asistencia sanitaria por reacción vacunal. No obstante, se considera conveniente establecer la monitorización de las reacciones vacunales por ser una buena práctica para conocer los efectos indeseables de las aplicaciones vacunales.

## BIBLIOGRAFÍA:

(1) Arteagoitia JM. Cambios en el calendario vacunal infantil de la CAPV en 2004. Salud Publica: Boletín Epidemiológico de la Comunidad Autónoma del País Vasco 2003;(16):14.

(2) Jackson LA, Dunstan M, Starkovich P, Dunn J, Yu O, Nelson JC, et al. Profilaxis con paracetamol o ibuprofeno para la prevención de las reacciones locales a la quinta dosis de la vacuna de difteria-tétanos-tosferina acelular: un ensayo controlado aleatorizado. Pediatrics (Ed esp) 2006 Mar;61(3):159-63.

(3) Tejedor JC, Omenaca F, Garcia-Sicilia J, Verdaguer J, Van ED, Esporin C, et al. Immunogenicity and reactogenicity of a three-dose primary vaccination course with a combined diphtheria-tetanus-acellular pertussis-hepatitis B-inactivated polio-haemophilus influenzae type b vaccine coadministered with a meningococcal C conjugate vaccine. Pediatr Infect Dis J 2004 Dec;23(12):1109-15.

(4) Aristegui J, Dal-Re R, Diez-Delgado J, Mares J, Casanovas JM, Garcia-Corbeira P, et al. Comparison of the reactogenicity and immunogenicity of a combined diphtheria, tetanus, acellular pertussis, hepatitis B, inactivated polio (DTPa-HBV-IPV) vaccine, mixed with the Haemophilus influenzae type b (Hib) conjugate vaccine and administered as a single injection, with the DTPa-IPV/Hib and hepatitis B vaccines administered in two simultaneous injections to infants at 2, 4 and 6 months of age. Vaccine 2003 Sep 8;21(25-26):3593-600.

(5) Zepp F, Schuind A, Meyer C, Sanger R, Kaufhold A, Willems P. Safety and reactogenicity of a novel DTPa-HBV-IPV combined vaccine given along with commercial Hib vaccines in comparison with separate concomitant administration of DTPa, Hib, and OPV vaccines in infants. Pediatrics 2002 Apr;109(4):e58

(6) Tichmann I, Preidel H, Grunert D, Habash S, Schult R, Maier R, et al. Comparison of the immunogenicity and reactogenicity of two commercially available hexavalent vaccines administered as a primary vaccination course at 2, 4 and 6 months of age. Vaccine 2005 May 9;23(25):3272-9.

**Mesa de comunicaciones 27(inglés):Docencia en enfermería /Nursing Education**

**AUTHOR/S:**

Paola Ferri, Federica Davolio

**TITLE:**

Potentiality, opportunity, limits and frustrations: a regarding survey of the graduates of the Course of Bachelor of Nursing of Modena

**TEXT:**

**INTRODUCTION**

This paper shows the results of a survey carried out in Italy, at the University of Modena and Reggio Emilia. This study involves the first 250 graduates of the Course of Bachelor of Nursing from the beginning. The educational pathway started in the academic year 2002/03, after a great transformation of the previous course of university diploma. The first step was to conform the organization of the educational rule according to the new university laws. After the initial critical phase and after the degree of two groups of students, we started the survey with the following aims:

- 1) identify potentialities, opportunities and limitations that are traced in the initial working periods of the new nurses with degree;
- 2) understand their point of view in relation to the education they have received in the university course;
- 3) understand their professional satisfaction;
- 4) verify the continuous development after the studies finalisation;
- 5) develop and maintain a database that would enable to monitor the professional advancement versus the studies performed.

The study begins with a revision of the international nursing literature about the career opportunities and the professional development of the graduates nurses. The research showed that many university departments have investigated their graduates nurses, like for example the British one. We found out 11 researches: 10 follow-up design and 1 qualitative: all of them have been conducted by teachers and researchers of the Universities of Manchester, Edinburgh, Surrey, Ulster, Chelsea, Cardiff, Hull, Glasgow and Birmingham, in Great Britain and Tel Aviv in Israel. In spite the differences about the subjects taught and in the organization itself, as in the characteristics of the students, it is surprising to note that the career development of the graduates nurses shows similarities.

**METHODS**

According to the revision of the literature, the procedure we followed was a quantitative-descriptive study. The sample of the investigation was all the students graduates (n=250) at the Course of Bachelor of Nursing from the moment of its setting up. The data were collected by anonymous survey delivered by mail. The same procedure is used when following up investigations on graduates nurses, found by literature revision. Tool: the survey is partly made from existing references adapted to Italian nursing education and environment, made of 30 major topic investigated by open questions and multiple choice questions. A reference team has verified the survey and a pilot survey (to monitor the understanding of the questions) has been performed in a similar environment (Mantova University).

**FINDINGS**

The number of respondents was 225 on a total of 250 graduates: answer rate 90%. The sample is composed by 65% of female gender. The average age of enrolment at the course is 23 years, with a range from the 18 up to 52 years. The total amount of answering people (97%) is working as a nurse. A great number of nurses (88%) is employed in the National Health Service; the 11% works in the private setting. The graduates occupational sector is quite scattered, the area mainly represented is clinic, 30% of the respondent is employed in the critical area. 93% works near Modena, even though the 62% only is also living there. The 97% of the graduates declares to be satisfied of the professional choice; to the question "why do you choose nursing profession and you go on working in nursing?" they answer a lot of positive and several aspects: the most important is the enthusiasm and the satisfaction for the undertaken choice.

The 8% of the graduates who took the degree has continued the university studies. The 88% of the answering people declares to be really interested in educational courses post-degree; most of them (57%) have a stake in clinical competences to be acquired through the frequency of Master Degree (Msc), about critical care nursing. "Which is the main knowledge and ability you learned at Course of Bachelor in Nursing? Which things did help you in the first period of your employment? At these questions the 55% of the nurses answered "the Nursing skills for best clinical practice"; the 52% declared "self confidence of practical skills and awareness as well as own limits for a good relief practice". We also asked about things they would change in the program of the Course of Degree: over the 70% of the graduates proposed to increase the study-credits about pharmacology, while a 66% suggested to widen the amount of hours devoted to clinical practice. A meaningful number of them, regarding the proposals of change, asked for more support during the students internship. Over the 87% of the answering group state that the greatest opportunities that the Course of Degree has offered them, is to be employed in a very short time. The 52% identifies the acquisition of knowledge and competences for the clinical practice. Besides, the 41% affirm that the Course of Degree has helped them to develop an open mind approach to the world. The 36% points out opportunity for further professional advancement. On the other hand, for what concerns limits and frustration during the first period of working in a ward, the nurses refer the lack of time for nursing patients; no possibility of working at the side of an expert nurse for a suitable time; they declare that the great limit is the little number of nurses in the ward they work in.

#### DISCUSSION

The graduate students have greatly appreciated this study, as proven by the high response. This is one of the most important aspect for us, because it allows us to consider meaningful the data collected, referring to the sample considered. Further follow-up investigations, targeting similar numbers of graduates, have an answer rate of 49% Manchester on 254 graduates, 67% in Glasgow on 214 graduates and 80% to Tel Aviv on 268. For what concern gender and the age of enrolment at the course, we found out that the University of Modena, if compared to the national average, it has both a high percentage of male graduates and a higher middle age of registration. The high percentage of graduates employed in the assistance is similar to the result of the study of Birmingham; on the other hand other studies showed little number of graduates working. The percentage of new graduates that begins working activity in intensive care units is very high (30%) compared to the literature data: the studies of Reid et al. and Kemp bring percentages of employees in the intensive areas of about 6-7%. The international literature that has faced the theme of working engagement of new nurse, suggests ward of general medicine or surgery for the first period of employment: this should help the nurse to overcome the transition period from student to professional care and make stronger technical skills and competences. This can result from the recent opening of a new general hospital: the nurse demand was very heavy. The greater part of the new graduates starts working activity in the city of studies. This happens whatever is the city they come from. The high rate of graduates satisfied of their professional choice is supported by Delaney, according to which "despite the changes and the stress tied up to engagement, the graduates nurses find a great realization in their job." It is promising for the nursing profession having some enthusiastic young people of their own professional activity. Many graduates really intend to go on with studies and gain further abilities in clinical nursing; on the contrary only the 9% are interested in management, and the 4% in leadership. It's very important that graduate nurses needs to go on with studies: in the future it will be possible to work evidence-based practice because there will be nurses able to discuss its potential for addressing theory-practice problems and the uptake of nursing research. The collected data related to the previous studies, allow us to draw the following conclusions:

- 1) all the graduates almost begins working as a nurse;
- 2) the greatest part of them chooses a career in clinical nursing;
- 3) high number of newly graduates wish to continue in the learning of clinical competences advances, through the frequency of clinicians course master;
- 4) the respondents indicates in olistic nursing the most important advantage of their presence in clinical practice;
- 5) further, graduate education brings to Nursing a higher level of knowledge and better opportunities for clinical practice.

In addition to this, the critical points shown by the respondents, are in the transition period from graduate nurse to professional nurse.

The increasing complexity of the health care system and the management troubles, carries the new nurses through a heavy period of working: they feel alone during their work shift, they report excessive working load and no one to share responsibilities or doubts. Time is never enough so there are less possibility to work as the best practice says: the ward situation with standardized organization is very far from olistic nursing. Since the first approach to work controls the retention of graduate nurses, it's necessary to watch over this process. As the literature review suggest, it's necessary to plan a gradual approach to job, the related responsibilities, through a standardized period of engagement, a mentors' employment, a limited number of patient in charge to a nurse; the first step is the assignment to general medicine wards or surgery units as first employment. Presently there is no possibility to compare the results of the investigation with similar Italian studies. It could trigger the motivation for repeating the same investigation in other different university settings, both in Italy and in other Countries. We believe that the results of this investigation offer to all people involved in nursing education food for thought and useful indications to improve the educational pathways in Nursing. On the other hand, the critical situation that appears at the beginning of the working activity can be considered by the companies that hire on graduates nurses.

#### **BIBLIOGRAPHY:**

1. Marsh N. Summary report of a study on the career patterns of diplomates/graduates of the undergraduate nursing course in the University of Manchester, England. *J Adv Nurs*. 1976 1:539-42.
2. Scott Wright M, Gilmore M, Tierney A. The nurse/graduate in nursing: preliminary findings of a follow-up study of former students of the University of Edinburgh degree/nursing programme. *Int J Nurs Stud*. 1979 16:205-14.
3. Montague SE, Herbert A. Career paths of graduates of a degree-linked nursing course. *J Adv Nurs*. 1982 7:359-70.
4. Reid NG, Nellis P, Boore J. Graduate nurses in Northern Ireland: their career paths, aspirations and problems. *Int J Nurs Stud*. 1987 24:215-25.
5. Howard JM, Brooking JI. The career paths of nursing graduates from Chelsea College, University of London. *Int J Nurs Stud*. 1987 24:181-9.
6. Bircumshaw D, Chapman CM. A follow-up of the graduates of the Cardiff Bachelor of Nursing degree course. *J Adv Nurs*. 1988 13:273-9.
7. Kemp J. Graduates in nursing: a report of a longitudinal study at the University of Hull. *J Adv Nurs*. 1988 13:281-7.
8. Smith L. A follow-up study of the Bachelor of Nursing graduates 1982-90, University of Glasgow, Scotland. *J Adv Nurs*. 1993 18:1840-8.
9. Wheeler H, Cross V, Anthony D. Limitations, frustrations and opportunities: a follow-up study of nursing graduates from the University of Birmingham, England. *J Adv Nurs*. 2000 32:842-56.
10. Bergman R, Shatzman H, Danon A. Follow-up study of the Tel Aviv University nursing graduates. *Int J Nurs Stud*. 1982 19:79-88.
11. Ring N. Experience before and throughout the nursing career. A personal and historical investigation of the career trends of UK graduate nurses qualifying between 1970 and 1989. *J Adv Nurs*. 2002 40:199-209.
12. Delaney C. Walking a fine line: graduate nurses' transition experiences during orientation. *J Nurs Educ*. 2003 42:437-43.
13. Viens C. Future shock of the new graduates. *The Canadian Nurse*. 1996 92:40-4.

**AUTHOR/S:**

Haejoo Chung and Carles Muntaner

**TITLE:**

Welfare State Typologies and Global Health

**TEXT:**

In recent years we have witnessed an increasing recognition of the political nature of population health. The fields of comparative social epidemiology and health policy research have experienced a surge since 2000 . Among the most consistent set of findings brought about by this field of research has been an association between characteristics of the welfare state (i.e., the mix of market, state and family in a country's provision of goods and services) and population health. Most of these studies have followed the seminal work of Esping-Andersen and other authors that are in the tradition of power resources perspective. As a typology, Esping-Andersen's classifies welfare states into three major types: social-democratic welfare states characterized by a high degree of "decommodification" (where more goods and services are provided by the state and less by the market); corporatist-conservative welfare states that emphasize the role of the family in addition to some state provision of services; and liberal welfare states where social welfare is mostly left to the market. Findings tend to confirm the expectation of better health outcomes (in particular child health outcomes) for social democratic welfare states.

While there have been efforts to expand this typology to East Asian and Mediterranean countries difficulties emerge when we attempt to characterize the welfare state of middle and low income countries, home to the majority of the world's population. Thus, "Northern" welfare state typologies, that center on labor institutions (i.e., the social pact between the organized labor, business associations and government), are not adequate given that the informal economy accounts for a much bigger proportion of GDP in these countries. For example, in 2000 in countries such as Azerbaijan, Bolivia, Georgia, and Panama, more than 60% of Gross National Product was produced through informal sector. In this situation, key indicators such as unionization rate tap into such a small proportion of the workforce that they are limited in their ability to predict population health status. On the other hand, other labour market characteristics such as child labour (%), working poor (%), employment-to-population ratio, and gender labor force participation gap differ greatly among low and medium income countries . In addition, potential effect modifiers of the labor market relation to population health such as access to welfare services, including health care, also vary greatly among low and medium income countries. Nonetheless, a distinctive and important feature of the welfare state of low and middle income countries is the degree of interference from core countries leading to insecurity and instability with limited role of the state as has been argued from dependency and World-System perspectives, and more recently, from the critics of Neoliberal globalization. Many poor countries are characterized by strong foreign inclusion in the countries' affairs, inconsistent application of laws, and limited role of the state, facing internal and external threats where governments cannot even play a vestigial governance role (reference). As a consequence, the relative stability of welfare state typologies in wealthy countries during the last fifty years might be difficult to find elsewhere.

These observations warrant a creative application of welfare state typologies onto less-developed countries, or better yet, to develop a new kind of typology. There have been some authors published on this issue. While the Welfare State typology for wealthy countries is based on power resources, developmentalist, and/or institutionalist models, typologies for developing countries have yet to achieve that level of theoretical sophistication . We believe that this new typology could be based on a power resources approach, but operating in a different political and economical environment (i.e., the concept of "incorporating comparison". Power resources in the government and the market (workers' organizations that impact workers' bargaining power)

should be analyzed. At the same time, what we have witnessed in the last ten years in some low and middle income countries requires new models: there has been a growth of "social democratic" welfare states in Latin America despite of the seemingly unstoppable globalization process . We need to model the relation of these states to wealthy countries and search for valid indicators of labour markets, social and health policies. Finally, for all these endeavors, quality comparable individual- and aggregate-level datasets for the worlds' excluded are urgently needed.

#### **BIBLIOGRAPHY:**

- 1 Bambra C, Fox D, Scott-Samuel A. Towards a politics of health. *Health Promot Int* 2005;20:187-93.
- 2 Muntaner C, Lynch JW, Oates GL. The Social Class Determinants of Income Inequality and Social Cohesion. *Int J Health Serv* 1999;29:699 - 732.
- 3 Muntaner C, Oates GL, Lynch JW. Social class and social cohesion: a content validity analysis using a nonrecursive structural equation model. *Ann N Y Acad Sci* 1999;896:409-13.
- 4 Navarro V, Shi L. The political context of social inequalities and health. *Int J Health Serv* 2001;31:1-21.
- 5 Franco A, Alvarez-Dardet C, Ruiz MT. Effect of democracy on health: Ecological study. *BMJ* 2004;329:1421-3.
- 6 Shandra JM, Nobles J, London B, et al. Dependency, democracy, and infant mortality: a quantitative, cross-national analysis of less developed countries. *Soc Sci Med* 2004;59:321-33.
- 7 Conley DW, Springer KW. Welfare state and infant mortality. *Am J Soc* 2001;107:768-807.
- 8 Muntaner C, Lynch JW, Hillemeier M, et al. Economic inequality, working-class power, social capital, and cause-specific mortality in wealthy countries. *Int J Health Serv* 2002;32:629 - 56.
- 9 Navarro V, Muntaner C, Borrell C, et al. Politics and health outcomes. *Lancet* 2006;368:1033-7.
- 10 Chung H, Muntaner C. Political and welfare state determinants of population health. *Soc Sci Med* 2006;63:829-42.
- 11 Chung H, Muntaner C. Welfare state matters: A typological multilevel analysis of wealthy countries. *Health Policy* 2007;80:328-39.
- 12 Navarro V, Borrell C, Benach J, et al. The importance of the political and the social in explaining mortality differentials among the countries of the oecd, 1950-1998. *Int J Health Serv* 2003;33:419 - 94.
- 13 Esping-Andersen G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton, NJ: Princeton University Press 1990.
- 14 Huber E, Stephens JD. *Development and Crisis of the Welfare State: Parties and Policies in Global Markets*. Chicago, IL: University of Chicago Press 2001.



*Textos de pósteres científicos \**  
*Textos de pósteres científicos \**  
*Texts of Scientific Posters*

\*Este libro de ponencias recoge íntegramente y fielmente los trabajos enviados por los autores. La organización no se hace responsable de las opiniones expresadas en ellos, ni de su contenido, ni de su formato, ortografía o gramática.

\*This book contains entirely and exactly texts sent by authors. The organisation is not responsible for the opinions expressed, nor the content or grammar .

## Póster /Poster 1

**AUTOR/ES:**

Yurena Rosa Feo,Cristina Dávila Magán ,M<sup>a</sup> Ángeles Ramos Cruz

**TÍTULO:**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA REVISIÓN DE ARTÍCULOS PUBLICADOS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

**TEXTO DEL TRABAJO:**

Introducción

¿La promoción de la salud y educación sanitaria está ayudando al control y prevención de la hipertensión arterial en nuestra sociedad?

La hipertensión arterial es una de las primeras causas de muerte en nuestro país, lo cual representa un problema evidente en la población adulta.(1)El 35% de la población adulta española padece hipertensión arterial y es característica de los países desarrollados en asociación con diabetes y obesidad, lo que le da importancia a los programas de prevención y control de la hipertensión arterial.

En la actualidad es muy fácil para el paciente lograr un autocuidado óptimo, gracias al despliegue de educación, a partir de campañas, programas televisivos, etc...

Quizás el problema sea la motivación y predisposición del paciente en el cumplimiento del tratamiento ya que según una (3) encuesta realizada en la Habana sólo un 52´4% de los pacientes estudiados cumplen adecuadamente con la prescripción médica, destacando como cumplidores principales a mujeres, desempleados y mayores de 60 años.

La llamada "hipertensión de bata blanca" también es un factor que altera los resultados de los controles, ya que el paciente sufre estrés con la visita a la consulta de enfermería, por lo que la tensión se dispara y el resultado no es tan preciso. Ante este inconveniente hemos pensado que para que el seguimiento sea más fiable, sería necesario enseñar al paciente a realizarse las tomas de tensión en el domicilio y así llevar un control más exacto.

A partir de los datos recogidos, vemos que en España existen 10 millones de personas hipertensas (2) y a pesar de eso la tasa de mortalidad cardiovascular ha descendido en las dos últimas décadas casi a la mitad en ambos sexos gracias sobretodo a la mejora en el diagnóstico y el control enfermero de la hipertensión arterial.

En las mujeres la tensión arterial se incrementa drásticamente con la edad y después de la menopausia más del 50% de las mujeres estudiadas sufren hipertensión arterial.(4)

En muchas ocasiones la hipertensión es una enfermedad que no produce molestias en la gran mayoría de las personas que la padecen. Avanza gradualmente dañando órganos como el corazón, riñones, cerebro, ojos y arterias sin que el paciente se de cuenta, por lo que es llamada "asesina silenciosa".(5)

Objetivo:

Este trabajo pretende comparar los tipos de publicaciones sobre la hipertensión arterial en los distintos años y lugares, en relación con la alimentación, el ejercicio, el tipo de población y los factores que influyen en la enfermedad.

Material y métodos:

Las búsquedas han sido realizadas a partir de la base de datos de enfermería CUIDEN.

Las palabras clave que hemos utilizado son las siguientes:

- Hipertensos, hipertensión, hipertensión arterial

- Adultos, ancianos, niños, infancia, dieta, alimentación, alimentos, deporte, ejercicio, factores de riesgo, prevención, prevención secundaria.

Hemos usado los operadores booleanos (and) & y (or) /, realizando las siguientes búsquedas:

(Hipertensos/ hipertensión arterial/ hipertensión)  
(Hipertensos / hipertensión arterial /hipertensión) & ( adultos / ancianos /niños / infancia)  
(Hipertensos / hipertensión arterial /hipertensión) & (niños / infancia)  
(Hipertensos / hipertensión arterial /hipertensión) & (adultos)  
(Hipertensos / hipertensión arterial /hipertensión) & (ancianos)  
"alimentos") (Hipertensión / Hipertensión arterial / Hipertenso) & ("dieta" / "alimentación" /  
(Hipertensión / Hipertensión arterial / Hipertenso) & ("ejercicio" / "deporte" )  
(Obesidad/Obesidad mórbida/ Sobrepeso)  
Diabético/ Diabéticos) (Diabetes/ Diabetes Mellitus/ Diabetes Mellitus Tipo I / Diabetes Mellitus Tipo II/

Resultados:

De los factores cardiovasculares más importantes, la hipertensión es la segunda con más publicaciones, después de la diabetes. Es característico de los países desarrollados la prevalencia de algunos de estos factores, de los cuales obesidad, diabetes e hipertensión arterial suelen ir asociados. A partir de los datos recogidos encontramos que la diabetes es el tema más publicado con un 58,75 % seguido de la hipertensión con un 28,3 %.

La ciudad con mayor porcentaje de publicaciones es Madrid con un 10,55 %, seguido de Barcelona con un 7,59 %, destacando fuera de España, Brasil con un 8,86 % y Colombia con un 7,59 %.

Según el año de publicación, hemos realizado una gráfica comparativa que recoge los registros desde 1990 hasta 2005, en la cual podemos ver que a partir de los años 1994-1997, existe un ligero declive de las mismas.

Podemos ver que el mayor número de publicaciones hace referencia a la hipertensión en el anciano, ya que la mayoría de los pacientes hipertensos pertenecen a este grupo.

Mientras que de la prevención en general vemos como hay un número muy bajo de publicaciones (5,55 %), si atendemos a factores en concreto encontramos mayor número de artículos, teniendo así de ejercicio un 63,80 % y de alimentación un 30,55 %

En cuanto a los tipos de publicaciones comprobamos como el artículo original con 39,1 % y los de revisión con 21,8 % destacan con respecto a las comunicaciones y otros tipos de publicaciones.

Discusión

La hipertensión arterial es uno de los factores que más influyen en salud, en relación con obesidad y diabetes, y según los datos encontrados las comunidades con mayor número de publicaciones son Andalucía y Madrid, lo que no resulta extraño debido a su alto número de habitantes.

Existe una disminución de publicaciones entre el año 1990 y 2005, que puede ser debido a que cada vez haya mayor control y conocimiento sobre el tema por ello, a medida que pase el tiempo se publicará menos. Respecto a los factores que influyen en la hipertensión, nos impacta que haya mayor número de artículos sobre el ejercicio que sobre la alimentación, siendo ésta uno de los pilares fundamentales del tratamiento de la hipertensión.

La hipertensión es un problema del que se ha hablado mucho ya que existe gran número de publicaciones, sin embargo, hay algunos campos pocos explorados como puede ser el tema relacionado con el sexo (M/V), las razas (población inmigrante) y la hipertensión de bata blanca,

de la cual pensamos, que sería importante tener más información para que los profesionales pudieran actuar acorde con los resultados.

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. Base de datos Cuiden: [www.doc6.es/index/](http://www.doc6.es/index/)
2. M.V. García, C. Rodríguez, A.M. Toronjo. Enfermería del Anciano.
3. Enfermería Siglo XXI. Ediciones DAE. Madrid. 2003.

(1) y (2) Artículo de salud; El País; 2006

(3) Revista cubana Med Gen Integr; 2003

(4) y (5) <http://www.Cardiocaribe.com> [Internet]; Orlando Navarro Ulloa; 2001

## Póster /Poster 2

**AUTOR/ES:**

Silvia Barbarin Sáinz de Murieta, Celia Pastor Pascual, Raquel Vidal Blan, Olga López de Dicastillo

**TÍTULO:**

La televisión, enemiga de una dieta sana en la población infantil

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**INTRODUCCIÓN:** La televisión tiene una gran influencia en la sociedad actual y puede afectar a niños y adultos de diferentes formas. Uno de los aspectos en los que la televisión parece estar influyendo es en la dieta y en la ingesta de alimentos de la población infantil.

**OBJETIVO:** Revisar la evidencia científica disponible para conocer cómo la televisión afecta a la dieta infantil y contribuye a la aparición de trastornos derivados de dietas poco saludables.

**MÉTODO:** Se realizó una revisión bibliográfica de artículos científicos publicados entre los años 2003 y 2005, utilizando las bases de datos de Medline (a través del motor de búsqueda Pubmed) y Cinahl y las revistas electrónicas Enfermería Clínica y Medicina Clínica.

**RESULTADOS:** La mayoría de los artículos coinciden en que la televisión contribuye de manera negativa a la dieta infantil. Los niños pasan un gran número de horas delante del televisor, con un 45% viendo lo que ellos mismos seleccionan. Un aspecto importante es la composición y tipo de productos alimenticios que se anuncian dentro del horario de programación infantil. Algunos estudios han encontrado que los productos anunciados por la tarde tienen más grasa y azúcares que los que se anuncian por la mañana. La publicidad orientada a la población infantil está dominada por productos azucarados para el desayuno, los refrescos, los productos de confitería, los aperitivos salados y las cadenas de comida rápida. La publicidad y los programas televisivos afectan a las preferencias y elecciones de los niños que desean consumir los productos anunciados.

**CONCLUSIONES:** Debido al efecto que la televisión tiene en la dieta infantil, un mayor control de los productos anunciados en horario infantil y una disminución del número de horas que los niños pasan delante del televisor contribuirían a una mejora de la dieta infantil.

**BIBLIOGRAFÍA:**

- Campbell KJ, Crawford DA, Ball K. Family food environment and dietary behaviours likely to promote fatness in 5-6 years-old children. *International Journal of Obesity*. 2006; 30(8):1272-1280
- Cooper T, Klesges L, Debon M, Klesges R, Shelton M. An assessment of obese and non obese girl's metabolic rate during television viewing, reading, and resting. *Eating behaviors*. 2006; 7(2):105-114
- Delio Guerro-prado, Jose Manuel Borjou Romero. Televisión medios de comunicación escritos y su relación con los trastornos de la conducta alimenticia. *Medicina Clínica*. 2002; 119(17):666-670
- Folta SC, Goldberg JP, Economos C, Bell R, Meltzer R. Food advertising targeted at school-age children: a content analysis. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 2006; 38(4):244-248
- Goldfield GS, et al. Effects of open-loop feedback on physical activity and TV viewing in overweight and obese children: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 2006; 118(1):157-166
- Harrison K. Is "fat free" good for me? A panel study of television viewing and children's nutritional knowledge and reasoning. *Health Communication*. 2005; 17(2):117-132
- Harrison K, Marske A. Nutritional content of foods advertised during the TV programs. *American Journal of Public Health*. 2005; 95(9):1568-1574
- Jago R, Baranowski T, Baranowski JC, Thompson D, Greaves KA. BMI from 3-6 y of age is predicted by TV viewing and physical activity, not diet. *International Journal of Obesity*. 2005; 29(6):557-564
- Neville L, Thomas M, Bauman A. Food advertising on Australian television the extent of children's exposure. *Health Promotion International*. 2005; 20(2):105-112
- Serra L, Ribas L, Aranceta J, Perez C, Saavedra P, Pena L. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid. *Medicina Clínica* 2003;121(19):725-732
- Wiecha J, Peterson K, Ludwig D, Kim J, Sobol A, Gortmaker S. When children eat what they watch: impact of television viewing on dietary intake in youth. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2006;16(4):436

Póster /Poster 3

**AUTOR/ES:** MAR FERNANDEZ DIOSDADO Y MARIA VICTORIA SORIANO RODRIGUEZ

**TÍTULO:** ¿AFECTARA EL CONOCIMIENTO DEL AP-MADRID POR PARTE DEL PACIENTE, EN LA RELACION CONFIDENCIAL ENFERMERO-PACIENTE?

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**HIPOTESIS CONCEPTUAL:**

- El registro informático de la historia clínica del paciente puede afectar al grado de confidencialidad establecido por el paciente con el personal sanitario

**OBJETIVO PRINCIPAL:**

- Explorar cual es la experiencia de los pacientes cuyas historias clínicas son recogidas de manera informatizada, en el hospital de Fuenlabrada y en el Area 1 de la Comunidad de Madrid

**OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Analizar cuál es la opinión de los pacientes acerca del registro informático de sus historias clínicas
- Explorar si el registro informático de la historia clínica afecta a la confidencialidad
- Conocer el significado de la confidencialidad en la relación del usuario con el personal sanitario

**METODOLOGIA:**

- **ORIENTACION:** Fenomenologico descriptiva
- **LUGAR DE ESTUDIO:** Atencion Primaria, Atencion Especializada y Asociaciones de Pacientes (Madrid)
- **POBLACION:** Pacientes beneficiarios del Sistema Publico de Salud, entre 25-70 años, con registro de HCI igual o superio a un año.
- **RECOGIDA DE DATOS:** Entrevistas en profundidad individuales y grupos focales
- **ESTRATEGIA DE ANALISIS:** Modelo sistematico y circular de recoleccion-analisis. Software informatico "ATLAS.ti"

**IMPLICACIONES PRACTICA CLINICA:** Creemos que el registro informatico de la historia clinica tiene un impacto en los pacientes. Es por ello, que nos interesaria conocer cómo ellos perciben este acontecimiento y cuál es su vivencia al respecto, para mejorar en lo posible la practica clinica diaria y la relación del personal sanitario con los pacientes.

**BIBLIOGRAFÍA:**

- Rochman R. ¿Está informatizada la historia clínica? Nursing. 2001 abr. 19(4):25-26. Artículo.
- Martí Grau D, Auladell Llorens MA, Guiu MJ, Giner Martos MJ, Mitjavila López J, Borrell Muñoz M. Transición de la historia clínica del papel a la informática: lo que se queda en el cambio. Aten Primaria. 2000 nov. 26(supl.1):290. Comunicación, resumen.
- González Gutiérrez-Solana R. La informatización en el trabajo de enfermería: dificultades, avances y retos. Jornadas Nacionales de Enfermería en Traumatología y Cirugía Ortopédica (17. 2001. Madrid). p. 47-9. Resumen de ponencia.
- Tord Herrero, I. de [et al.]. Confidencialidad de la historia clínica. Soporte informático.TODO HOSPITAL ISSN: 0212-19721 - Junio 2001 - V: 20- N: 177, Pg: 387-392.
- Cañas Gil AM, Herrera de Elera D. Historia clínica informatizada: seguridad y confidencialidad. Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería (4. 2002. A Coruña). p. 112. 2002. Resumen de comunicación.
- Reig Redondo J, Reig Pérez M. Historia de salud electrónica: ¿cambiando las reglas del juego? Todo Hospital 2002; 191: 659-665
- Dorronsoro Goikoetxea I, Alegria Ayerdi B, Elozegi Vallejo E, Ibarzabal Goñi J. Fusión de hospitales, una oportunidad para la aplicación de las tecnologías de la información. Granada. 2003. Pp. 73. Comunicación, resumen.
- Earnest MA, Ross SE, Wittevrongel L, Moore LA, Lin CT. Use of a patient-accessible electronic medical record in a practice for congestive heart failure: patient and physician experiences. Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA. 2004 Sep-Oct 11. 5. 410-7
- Alonso A, Iraburu M, Saldana ML, de Pedro MT. Implantation of a computerised clinical history: survey on the degree of utilisation and satisfaction in a tertiary hospital. An Sist Sanit Navar. 2004 May-Aug;27(2):233-9
- Tornvall E, Wilhelmsson S, Wahren LK. Electronic nursing documentation in primary health care. Scand J Caring Sci. 2004 Sep;18(3):310-7.

## Póster/Poster 05

### AUTOR/ES:

Johanna Lucero Salinas y Patricia López de la Osa Sánchez. Alumnas de la Escuela Universitaria de enfermería de la Comunidad de Madrid.johannals87@hotmail.com /patricia.lopezdelaosa@estudiante.uam.es

### TÍTULO:

¿La polimedición influye en el cumplimiento terapéutico?

### TEXTO DEL TRABAJO:

La utilización de medicamentos para diagnosticar, prevenir y curar enfermedades ha permitido avances importantes en medicina en las últimas décadas. Pero la utilización de medicamentos no es una herramienta inocua, ya que puede verse acompañada de problemas inherentes a la propia utilización de los mismos. La decisión de tomar o aplicar fármacos o productos medicinales fuera del control y consejo del médico adquiere en nuestra sociedad una relevancia progresiva.

Según un estudio poblacional, en España el 40% de la población geriátrica se había automedicado en las últimas 48 horas. Este dato alarmante nos lleva a querer indagar más acerca de las patologías inducidas, como por los factores que causan la automedicación. Así mismo la mayor parte del gasto farmacéutico va destinado a pacientes de más de 65 años y un 20 % de las intervenciones hospitalarias están relacionadas con el consumo de fármacos siendo las Reacciones Adversas Medicamentosas las responsables directa o indirectamente de hasta un 18% de las muertes hospitalarias.

Objetivo general: Analizar los factores relacionados con el cumplimiento terapéutico en ancianos poli medicados mayores de 65 años que acuden a la consulta de Atención Primaria en el área de Leganés, Pedroches durante los 6 últimos meses del año 2007. (Desde el 1/06/2007 al 31/12/2007).

Objetivos específicos:1.Conocer los recursos prácticos del paciente para la toma de la medicación. Como: pastilleros, calendarios, alarmas...2.Observar la relación de los factores sociodemográficos en el cumplimiento terapéutico.3.Valorar el patrón cognitivo sensorial en la adherencia al tratamiento.

La metodología:

Diseño: Para nuestro estudio utilizaremos el estudio de cohorte es un estudio epidemiológico, observacional, analítico, longitudinal prospectivo. Se estudian grupos de sujetos de una población definida, expuestos y no expuestos al factor de interés, y se evalúa la aparición o no en el tiempo del efecto en cada grupo. La selección de los sujetos viene definida por la presencia o no de la exposición al factor de riesgo estudiado.

Ámbito: El estudio se realizará en el Centro de Salud Pedroches, durante el año 2007. (Desde el 1/06/2007 al 31/12/2007)

Sujetos: Nuestra muestra esta formada por 186 personas seleccionadas mediante un muestreo sistemático. Serán divididas en dos grupos según los criterios de inclusión propuestos:Pacientes de 65 años o más que residan en Leganés, que usen de forma habitual : 1º grupo: cuatro o más medicamentos (últimos 3 meses); 2º grupo: menos de cuatro medicamentos (últimos 3 meses), Tengan la tarjeta sanitaria en la Comunidad de Madrid y quieran participar voluntariamente en el estudio. Será válido que el paciente exprese su conformidad para participar en el programa, no siendo necesario recoger el consentimiento por escrito.

Variables:a.Variables sociodemográficas: anciano, apoyo social, nivel sociocultural.

b.Variableclínica: Polimedición.c.Variables cognoscitivas: trastorno de la percepción sensorial auditiva, visual y cinestésica:

Recogida de datos: El personal sanitario será el encargado de recoger toda la información proporcionada por los pacientes. Realizarán los correspondientes test (Barber, Pfeiffer, Morisky\_Green) en las correspondientes entrevistas. También, se valorará la asistencia a las entrevistas y el recuento de comprimidos

Análisis de los datos: Para analizar los datos obtenidos en nuestro estudio llevaremos a cabo un análisis multivariante que nos permitirá estudiar de forma conjunta dos o más variables Se compararán las escalas en ambos grupos para de esta forma corroborar o no la hipótesis de nuestro estudio.

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. Huerta Blanco JR, Pulido Morillo FJ, Rodríguez Sendín JJ. Repercusiones de la Atención Farmacéutica sobre el ejercicio médico y la calidad asistencial (20-11-2003). Disponible en: [http://www.cgcom.org/informes/pdf/atencion\\_farmaceutica\\_repercusiones.pdf](http://www.cgcom.org/informes/pdf/atencion_farmaceutica_repercusiones.pdf)
2. Arenal Candanedo R, Herrero Montes M, Saiz Sánchez A. Guía de auto administración de fármacos adaptada a ancianos. GEROKOMOS 2001;12(4):157-162
3. Ingaramo RA, Vita N, Bendersky M, Arnolt M, Bellido C, Piskorz D et al. Estudio Nacional sobre Adherencia al tratamiento (ENSAT). Rev Fed Arg Cardio 2005; 34: 104-111.
4. Sepúlveda D, González Becerra M, Morón N, Izquierdo G. Fármacos e iatrogenia en el anciano. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=13032316>
5. Ebbesen J, Buajordet I, Erikssen J, Brors O, Hilberg T, Svaar H, et al. Drug related deaths in a department of internal medicine. Arch Intern Med 2001; 161:2317-23. [Medline]
6. Gurwitz JH, Avorn J. The ambiguous relation between aging and adverse drug reactions. Ann Intern Med 1991; 114:956-66. [Medline]
7. Monografías de Divulgación. Medicamentos para el anciano. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección general de farmacia y productos sanitarios; 1987
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Presentación campaña para el uso racional del medicamento. Madrid. 21 octubre 2003
9. Navarro-Calderón E, Navarro MJ, Muelas J, Escoms V, Rodríguez R, Salazar A. Importancia de la búsqueda activa en la detección de reacciones adversas medicamentosas. Seguim Farmacoter 2004; 2(1): 24-28.



## Póster/Poster 9

**AUTOR/ES:**

Leticia García Velasco (superleo\_86@hotmail.com), Paloma Laíz Gutiérrez, Isabel Guerra Cuesta, Roger Fjell.

**TÍTULO:**

Programa Albin, un proyecto de "futuro" analizado desde una experiencia Erasmus.

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**OBJETIVO:** Transmitir los conocimientos adquiridos sobre el Programa Albin durante nuestra experiencia en las prácticas clínicas con beca Erasmus en el Hospital Universitario de Lund (Suecia).

**METODOLOGÍA DE TRABAJO:** Describiremos el método de trabajo del equipo ALBIN DE URGENCIAS del Hospital Universitario de Lund (Suecia); donde hemos realizado las prácticas clínicas con beca Erasmus durante el año 2006/7.

**RESULTADOS:** Se comprueba tras dos años de utilización del programa que el tiempo medio de espera de los pacientes se reduce en más de una hora.

**CONCEPTO DE ALBIN:** Un proyecto para un futuro departamento de actuaciones en pacientes ancianos en la Unidad de Urgencias.

**HISTORIA:** Tras una evaluación en el año 2005 de los pacientes que acudían a Urgencias en el Hospital Universitario de Lund, se comprobó que el 43% eran mayores de 65 años con fallo multiorgánico y de prioridad baja, siendo frecuentemente ingresados en el hospital tras la evaluación de médicos especializados en geriatría. Por ello se crea un equipo integrado por médico y enfermero especializados en geriatría y con amplia experiencia en este campo para la atención directa de estos pacientes.

**¿POR QUÉ ALBIN?:** los pacientes ancianos con fallo multiorgánico que llegan a Urgencias deben ser tratados rápidamente, con una corta estancia y llevados al nivel de cuidados que sea necesario. A través de un Ciclo de Comunicación sobre sus cuidados, la seguridad del paciente está garantizada.

**ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE URGENCIAS:** El paciente anciano que cumple con las características descritas anteriormente es llamado por una enfermera de Triage, encargada de contactar con el Equipo Albin. El enfermero Albin realiza una primera evaluación clínica y una evaluación social que consiste en: Revisión de la Historia y contactar con el remitente, que puede ser: 1-los Servicios Sociales de la región (Kommun) 2-médico de At. Primaria; 3-familiares. El enfermero establece y realiza los cuidados que se deben prestar al paciente en el Servicio de Urgencias y se encarga de derivarlo a la Unidad conveniente.

**BENEFICIOS PARA EL PACIENTE:** atención rápida dentro del Servicio de Urgencias con disminución del tiempo de espera; mayor comprensión de problemas y necesidades gracias a la especialización y experiencia del personal sanitario; comunicación fluida con el paciente para mejorar sus cuidados; mayor seguridad para el paciente; disminución del número de reingresos.

**BENEFICIOS PARA LOS FAMILIARES:** una comunicación e información fluidas, que les ofrece mayor tranquilidad y estabilidad emocional.

**BENEFICIOS PARA EL GOBIERNO LOCAL Y CENTROS DE SALUD:** comunicación directa con el remitente del paciente para que conozca su estado actual de salud; mejor cooperación entre los diferentes niveles de atención sanitaria; admisión directa del paciente.

**BENEFICIOS PARA EL EQUIPO SANITARIO:** menor número de ingresos de pacientes geriátricos debido a una atención eficaz de los mismos en el Servicio de Urgencias; mejora del ambiente de trabajo debido a una mayor cooperación entre los diferentes equipos de salud lo que les proporciona un alto grado de satisfacción laboral. Tras nuestra satisfactoria experiencia como alumnas de enfermería dentro del equipo Albin, consideramos sería muy útil contar con un equipo semejante dentro de la Sanidad Española.

**AUTOR/ES:**

Vacas Pérez, Juan Crisóstomo y Molina Recio, Guillermo.

**TÍTULO:**

Innovación pedagógica en el arte de enseñar a cuidar: "Conocer los estilos de aprendizaje para proponer estilos de enseñanza".

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**INTRODUCCIÓN:** Esta propuesta de investigación pretende diagnosticar el constructo de los "estilos de aprendizaje" y determinar si el conocimiento y desarrollo de estos principios de la Pedagogía aplicados a la enseñanza del cuidado enfermero, permite reconocer nuevas estrategias de enseñanza más centradas en el alumnado y más en la línea que nos ofrece el EEES.

Los estilos de aprendizaje, desde nuestro planteamiento, se posicionan dentro del estudio de las diferencias individuales y, por ende, en el marco de la Psicología Diferencial. Esta investigación se inscribe en el marco de los enfoques cognitivos del aprendizaje y acepta, propedéuticamente, una división cuatripartita del aprendizaje: 1) recogida de datos; 2) análisis; 3) diagnóstico según estructura teórica y, 4) llevar a la práctica lo elaborado. El marco teórico ha seguido el Aprendizaje Experiencial de Kolb (1977, 1984), y en el contexto de las Teorías de Estilos de Aprendizaje la propuesta por Honey y Mumford (1994) y Alonso y Gallego (1994).

**OBJETIVO:** desarrollar propuestas concretas de innovación en las estrategias de enseñanza para que se ajusten a las necesidades de aprendizaje del alumnado, conocidos sus estilos de aprender.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** diseño metodológico múltiple: a) estudio descriptivo transversal para el diagnóstico de estilos con muestra aleatoria estratificada de 50 casos por curso (n=150) y b) diseño de orden exploratorio que reconocerá preferencias de las formas de enseñar en el que se han empleado muestreo por cuotas para las entrevistas (30 casos), entrevistas de grupo (21 casos), muestreo de subgrupos homogéneos (28 entrevistados), y grupos de discusión (27 unidades)

Variables estudiadas: utilizamos variables independientes sociodemográficas para conocer variables de resultado o estilos de aprendizaje: activo, reflexivo, teórico y pragmático.

Posteriormente, éstas, convertidas en independientes nos aportaron información para determinar el valor dado a las diferentes estrategias de enseñanza.

Recogida de datos: cuestionario CHAEA . Mecanización y análisis de datos: SPSS 11.0. y para las técnicas cualitativas representadas por: observación, entrevistas y grupos de discusión. Respecto a los instrumentos de medida de la información: guía competencial del practicum, diario reflexivo, memoria de prácticas, y el registro de técnicas.

**RESULTADOS:** a) Nivel descriptivo: población eminentemente femenina (79,9%) con una edad media de 21,04 años ( $\pm$  4,505). En secundaria, mejores notas en "las biológicas" 50% y sus peores resultados en "las técnicas". La descripción de los estilos de aprendizaje nos define una población con una forma de aprendizaje más desarrollado y preferido que recae en el estilo reflexivo (64%). Le sigue, ya a cierta distancia, el enfoque teórico (10,7%) y la predilección por el modelo activo se concreta en 11 casos (7,3%). En los estilos puros, los pragmáticos son los más escasos con un 4,7%. La complejidad y variabilidad del que aprende hace posible que existan formas mixtas (ej reflexivo-teórico con un 6,7%). b) Nivel exploratorio del estudio: aporta que el aprendizaje, en la educación superior, no es lo prioritario con respecto a otras experiencias de vida de nuestro alumnado. Como estrategias de enseñanza en el aula gustan más los debates, exposiciones de alumnos y menos la magistralidad. Los talleres y las demostraciones son especialmente deseadas por el eje de aprendizaje activo-pragmático, aunque la mayoría reclama mayor programación. Las prácticas son el momento de aprendizaje mejor valorado y peor evaluado. Los trabajos se prefieren en equipo para activos e individuales por reflexivos y teóricos. Las tutorías son el mejor momento para conocer al aprendiz, son queridas por activos y pragmáticos. La enseñanza virtual no es bien vista por pragmáticos y activos, pero deseada por reflexivos.

**DISCUSIÓN:** Este trabajo acerca a los elementos que participan en el proceso de enseñanza y aprendizaje. El profesorado recibe información del sentido que le dan los alumnos a las distintas estrategias para enseñar. Es fundamental que profesorado y alumnado conozcan sus perfiles de aprendizaje. Es más aún, es un reto y una responsabilidad del docente y la institución académica

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. Rodríguez Moreno, ML. "Hacia una nueva orientación universitaria". Ed U. de Barcelona, 2002
2. Alonso, CM; Gallego, M. "Los estilos de aprendizaje: procedimientos de diagnóstico y mejora". Ed Mensajero, 2002
3. Money, P; Mumford, A. "The Manual of Learning Styles. Maidenhead. Berkshire". Ardingly House, 1986
4. Kolb, D. "The learning style Inventory: Technical Manual". Boston: McBer and Company 1976
5. Michel, G. "Aprender a aprender". México: Trillas, 1997
6. Beltran, J. "Procesos, estrategias y técnicas de aprendizaje". Síntesis. Madrid, 1993
7. Penzo, W. "La Enseñanza basada en actividades de aprendizaje". Esplugues Llobregat: Signo, 1996
8. Mayor Ruiz, C. "Enseñanza y aprendizaje en la educación superior". Grupo de investigación IDEA. Universidades de Sevilla y Huelva. Ed. Octaedro, 2ª Edición 2005.
9. Ceballos, I; Arrivas, C. "El diagnóstico de los estilos de aprendizaje: un instrumento valioso para apoyar la formación en los estudiantes de enfermería". Enfermería Global (re electrónica nº3)
10. Barbadillo, M.D.; et al. "Guía para el seguimiento de las prácticas clínicas en la Diplomatura de enfermería. Un instrumento para la práctica reflexiva y la evaluación." Enfermería Global Rev. Electrónica nº 2; mayo 2003. Disponible en <[www.um.es/eglobal/](http://www.um.es/eglobal/)>
11. Martínez, JR; Cibanal, L; Perez, MJ. Enseñar, en Europa. Rev ROL, Enf 2006; 29(7-8): 515-519
12. Gimeno, J. "El currículo en la acción. La arquitectura de la práctica". En "El currículo: una reflexión sobre la práctica". Madrid. Morata, 2002
13. Ordoñez, FJ; et al. "Análisis de los estilos predominantes entre los estudiantes de ciencias de la salud". Enfermería Global Rev electrónica nº3; noviembre de 2003. Disponible <[www.um.es/eglobal/](http://www.um.es/eglobal/)>.
14. Schön, D. "La formación de profesionales reflexivos". Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Paidós Ibérica. Barcelona, 1992.
15. Medina, JL. "La pedagogía del cuidado". Barcelona. Paidós, 1999.

**AUTOR/ES:**

1P.Isla Pera, 2R. Insa; 3C. Colungo, 4E.Jordan, 5C.Pérez, 4M. Serrato, 6C. Icart, 1C. López Matéu, 1T. Icart, 7M. Blanco. 1: EUI. Universitat de Barcelona; 2:Hospital Bellvitge, 3:ABS Rosselló; 4: ABS Les Corts, 5: ABS Casanova; 6: ABS Sant Joseph, 7: ABS Bellvitge Sud

**TÍTULO:**

PROPORCIÓN DE CARGA ASISTENCIAL GENERADA POR LA DIABETES MELLITUS (DM) EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

**TEXTO DEL TRABAJO:**

1.Introducción: La diabetes mellitus (DM) constituye un problema de salud pública por su elevada prevalencia, morbimortalidad, y coste sanitario. En Cataluña, según el Pla de Salut 2002-05, la DM afecta al 10% de la población de 30-89 años. En la Atención Primaria de Salud (APS) se controlan la mayor parte de los enfermos con DM2 cuyo tipo constituye el 90% de todos los casos de DM. El principal factor de riesgo modificable para la prevención de las complicaciones macro y microvasculares de la DM es el control de la glucemia pero la educación terapéutica (ET) requiere tiempo y formación específica de los profesionales sanitarios. El objetivo general de este trabajo es conocer la proporción de carga asistencial atribuible a la DM en las consultas de enfermería de APS. Los objetivos específicos son describir las características sociodemográficas y sanitarias del enfermo con DM, el tipo de demanda y el tiempo dedicado a la atención de estos pacientes y compararlo con otros problemas de salud.

2. Métodos: Estudio observacional analítico y transversal. Durante dos semanas se registraron datos de todos los enfermos que acudieron a 15 consultas de enfermería de APS ubicadas en 14 Áreas Básicas de Salud (ABS). Las variables de estudio fueron: edad, sexo, situación laboral, motivo de consulta, duración de la visita, presencia de DM y, en los enfermos con DM2, el tipo de tratamiento. La recogida de datos se realizó en dos periodos: entre noviembre del 2003 y enero del 2004 y en abril de 2005. El tiempo de visita se registró anotando la hora de entrada y la hora de salida. El registro incluía hora, minutos y segundos. Este ítem se anuló cuando se produjeron interferencias en el transcurso de la visita. Para el análisis de datos se utilizó el programa informático SPSS v.11.1. Se realizó un estudio descriptivo; Intervalo de confianza al 95%. Para la asociación entre variables se utilizaron las pruebas ji-cuadrado o el test exacto de Fisher; t de student para datos independientes o U de Mann Whitney; la prueba ANOVA y la prueba de Kruskal-Wallis.

3. Resultados: Se estudiaron 1868 visitas. 1151 del primer periodo y 717 visitas del segundo periodo. 542 pacientes (29%) tenían DM2. De estos, el 47% eran hombres y el 53% mujeres (p: 0,04). El grupo con DM2 tenía una edad media de 67.5 años (DE: 13,15) y el grupo sin DM2 de 57,35 años (DE: 18,44) (p: 0,001). La DM es el primer motivo de consulta (29,1%), aumenta con la edad y llega al 40% en mayores de 65 años. No se observaron diferencias significativas por sexo y porcentaje de personas con DM entre los centros. La duración media de visita por DM fue de 14,59 minutos, un 30,8% más elevada que la duración media del resto de problemas de salud (11,47 minutos). También se observaron diferencias significativas por duración de la visita y grupo de edad (p= 0,001). El mayor tiempo se dedicó en las edades extremas. La duración media de la visita en hombres fue de 12,38 minutos (DE:6,3) y en mujeres de 11,99 minutos (DE:6,1), aunque no se observaron diferencias significativas. Las mujeres consultan más que los hombres (56,6%) excepto en DM, curas y hábito tabáquico. En ninguna de las consultas estudiadas se realizaba ET grupal.

4. Conclusiones: La presión asistencial generada por la DM es muy grande. Si se tiene en cuenta que el 29,1% de las visitas se generan por DM y que el tiempo medio dedicado a estas visitas es en un 30,8% superior al resto de los problemas de salud, la DM supone más del 50% de la actividad profesional de las enfermeras de APS. Cabe destacar que las mujeres con DM2 realizan menos controles que los hombres y que la duración de la visita es menor. Sería conveniente analizar este resultado desde una perspectiva de género en futuros estudios. Las enfermeras realizan un gran esfuerzo pero los programas de ET no están estandarizados y existe una gran demanda asistencial, Esto disminuye la efectividad de las intervenciones educativas. La realidad actual y el futuro que se prevé con relación al aumento de la prevalencia de la DM exigen reflexionar sobre nuevas estrategias organizativas y de formación del equipo profesional responsable de la atención y educación de los enfermos con DM.

**BIBLIOGRAFÍA:**

Jönsson B. Revealing the cost of type II diabetes in Europe. *Diabetologia* 2002; 45: S5-S12.

Mata M, Antoñanzas F, Tafalla M, Sanz P. El coste de la diabetes tipo 2 en España. El estudio CODE-2. *Gac Sanit* 2002; 16: 511-520.

Federación Internacional de Diabetes. Atlas segunda edición, 2003

Consell Assessor de la Diabetis. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de Diabetis tipus 1 de Catalunya 1995-2002. *Bulleti Epidemiologic de Catalunya* 2002; 23(4)

Servei Català de la Salut. Activitat assistencial de la Xarxa Sanitaria de Catalunya, 2002. Informe del registre del Conjunt Mínim Bàsic de Dades (CMBD). Barcelona. Dep. Sanitat i Seguretat social. 2002

King, H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes 1995-2025. Prevalence, numerical estimates and projections. *Diabetes Care* 1998, 21:1414-1431

Generalitat de Catalunya. Enquesta Salut de Catalunya. Barcelona. Dep. Sanitat i Seguretat Social; 2002

### Póster/Poster 13

**AUTOR/ES:**

María Teresa Meneses-Jiménez, Elena Robledo Andrés, Montaña Domínguez Aparicio, Ana M<sup>a</sup> Rodríguez García, M<sup>a</sup> Sonsoles Olmedo Rodríguez. Yolanda Varas Reviejo

**TÍTULO:**

Hemoderivados Y Donacion: Conocimiento Y Praxis Enfermera En El Complejo Hospitalario De Avila

**TEXTO:**

Según la Organización Mundial de la Salud (2001), la transfusión es una parte esencial de los servicios de salud modernos. Usada correctamente puede salvar vidas y mejorar la salud. Sin embargo, la transmisión de agentes infecciosos por la sangre y productos sanguíneos ha enfocado una particular atención a los riesgos potenciales de la transfusión. Del conocimiento de las enfermeras sobre la terapia con hemoderivados, en el desarrollo de su actividad profesional, dependerá en gran medida una mejor calidad en la atención y una mayor seguridad sanguínea para el ciudadano, lo que minimizara los riesgos asociados a la transfusión. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004). En la actualidad, el Servicio de Hematología y Hematoterapia del Complejo Hospitalario de Avila lleva a cabo un control de los hemoderivados que salen de su Servicio. Este control se realiza a través de un protocolo para la administración de hemoderivados, en el que se registran datos personales de paciente transfundido, componente a administrar, tiempo de administración, y reacciones transfusionales. Las enfermeras en las unidades de hospitalización son las responsables de los cuidados al paciente hemoderivado, tanto en la prevención de los factores de riesgo, como en el control y vigilancia durante todo el proceso, y no solo cuando se producen complicaciones. Objetivo principal: profundizar sobre los conocimientos y comprensión sobre la sangre, productos sanguíneos y el trabajo realizado por las enfermeras de hospitalización en relación con la sangre, transfusión y donación. Objetivos secundarios: 1) Evaluar su propia práctica clínica en relación a la sangre y productos sanguíneos. 2) Identificar las necesidades de información, educación y comunicación para la elaboración de un protocolo de Cuidados de enfermería en pacientes con terapia de hemoderivados

**Metodos:**

Estudio cuantitativo descriptivo transversal durante la primavera de 2006. Entrevista individual semi – estructurada, validada por la OPS (2005), sobre prueba de conocimientos, realizada a 50 enfermeras, mediante selección incidental, del Complejo Hospitalario de Ávila. Se incluyeron variables sociodemográficas, así como cinco bloques de variables que contemplaron diferentes aspectos sobre conocimientos y seguridad tanto en la donación como en la administración de la transfusión. El análisis de datos mediante la aplicación del programa SPSS v. 12.00 Los datos analizados fueron proporciones y para la comparación de variables cualitativas la prueba de Chi-cuadrado.

**Resultados:**

La tasa de respuesta fue del 80%, la media de edad de 38,03 años, y el tiempo medio trabajado como enfermera 15,57 años. El análisis de los diferentes bloques revelo conocimientos medios a elevados que se describen a modo de resumen: Conocimiento de la sangre en general 5% respondió de forma incorrecta; conocimientos de grupos y tipo de sangre, el 21,25 % respondió correctamente, coincidiendo con ser el personal del laboratorio de hematología. Sobre la necesidad de transfundir el 100% las enfermeras respondieron correctamente. El 97,5 % de las enfermeras conocía las infecciones a contraer al recibir una transfusión de sangre. Sobre los conocimientos relacionados con las características del donante, el 35 % reconoció al donante voluntario no remunerado habitual como seguro, identificando hasta el 95 % los factores de riesgo de seguridad de transfusión. El 12 % no identificó la batería de pruebas a realizar al donante para prevenir la transmisión de enfermedades. En cuanto a la administración de hemoderivados, aparecieron discrepancias sobre vía venosa de elección, así como luz de elección en vías centrales, aunque el 65% conocía la velocidad de perfusión, y casi la totalidad identificaron el Suero Fisiológico al 0,9% como la única solución a administrar conjuntamente en caso de necesidad. Sobre la monitorización de administración de componentes sanguíneos, el 97,5% conocía los síntomas y medidas a tomar ante una reacción adversa transfusional; el 80% registraba la finalización de administración del hemoderivado, frente al desconocimiento del 60 % sobre la existencia de un protocolo de administración de hemoderivados en nuestro Complejo Hospitalario. No encontrando difere

**BIBLIOGRAFÍA:**

OMS. El uso clínico de la sangre: manual de bolsillo. Ginebra,2001.ISBN 92 4 354539 6  
OPS. Guía metodológica para investigación de aspectos socio-culturales relacionados con donación voluntaria de sangre: informe final. Washington, D.C: OPS, © 2005.ISBN 92 75 32566 9  
Ministerio de Sanidad y Consumo. Programa estatal de hemovigilancia: guía general de procedimiento para las notificaciones de efectos adversos a la transfusión sanguínea. PEHV: Guía de procedimiento. Madrid, Junio 2004  
Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Secretaria general de Sanidad. Agencia de Calidad de SNS. Madrid, Marzo 2006  
Directiva 2005/62/ce de la comisión de 30 de septiembre de 2005 por la que se aplica la directiva 2002/98/ce del parlamento europeo y del consejo en lo que se refiere a las normas y especificaciones comunitarias relativas a un sistema de calidad para los centros de transfusión sanguínea. DOUE nº L 256 de 1-10-2005, página 41

**AUTOR/ES:**

Pedraza Anguera, Ana M.; de Castro Pedraza Cristina; González Bodeguero, Maria Paz; Lambea Pellicé Josep M.; Giner Aguiló, Carme; Beltrán Pedraza Anna.

**TÍTULO:**

BULLING EN LA ESCUELA. ¿SOLO BROMAS?

**TEXTO DEL TRABAJO:**

Objetivos

\* General :Valorar el grado de presencia de intimidación en diversas circunstancias: testimonio, víctima y agresor en alumnos de ESO en diferentes centros escolares de la ciudad de Reus.

\* Específicos

- Detectar cuantos alumnos de los centros estudiados han sufrido en alguna ocasión "bullying", así como el tipo de intimidación.
- Averiguar cuales son los espacios más frecuentes en los que se dan los casos y los motivos de más prevalencia.
- Determinar las personas a las que acuden los alumnos que sufren intimidaciones.
- Conocer la opinión de los alumnos sobre posibles soluciones.

Metodología.

Grupo de estudio: estudiantes entre 14 i 17 anys de una zona urbana.

Muestra: 277 alumnos de 2º y 4º de ESO de seis Institutos, tres de ellos concertados y los otros tres públicos.

Variables

Alumnos que han sido testigos de "bullying".

Porcentaje de actuaciones de los jovenes cuando ven estas actitudes.

Alumnos que han sido víctimas de intimidación y las razones de ser según los mismos alumnos.

Alumnos intimidadores. Forma de intimidación utilizada.

Propuestas de los alumnos para arreglar el problema.

Estudio transversal. Durante el curso escolar 2005-2006

Resultados : N: 312

Población diana: 312 alumnos

Se recuperan: 277 encuestas Se pierden: 12 de 2º de ESO y 23 de 4º

De 277 encuestados, 143 corresponden a alumnos de 2º de ESO y 134 a alumnos de 4º de ESO

134 son chicas y 143 chicos

De les encuestas recogidas 155 provienen de centros concertados y 122 de centros públicos.

El 90,3% de los alumnos encuestados afirma haber sido testimonio de intimidaciones a sus compañeros. El 86,7% en el grupo de los chicos y el 94% en el grupo de las chicas. No hay diferencias entre los cursos estudiados ( en 2º ESO un 89,5% versus un 91,3 % en 4º)

Del total de los encuestados, un 63% ha sido intimidado en alguna ocasión, resaltando que un 1,8% del total (5 personas) han sido intimidadas casi todos los días.

Entre los comentarios que hacen los encuestados a esta pregunta, en el apartado OTROS, lo más importante a destacar por su frecuencia es:

Creo que no hace falta solucionarlo porque no me parece importante.

Hablar víctima y agresor. No lo se.

Informar a la policía, autoridades y al centro para poner solución.

Abrir un expediente i expulsarlos del instituto.

Que a los agresores los internen en un reformatorio o internado.

Charlas a los alumnos y a las familias para buscar soluciones.

Dejarlo pasar porque la víctima a veces también es el agresor y muchas veces es culpa suya.

Hacerles lo mismo con gente más fuerte.

Discusión: El 90% de la muestra ha sido testimonio de intimidación a otros compañeros y el 63,6% ha sido víctima (en el 1,8% de forma casi diaria). No son hechos aislados en el mundo del instituto.

Algo menos de la mitad han intentado pararlo. Sería necesario observar las razones.

El aula sin el profesor parecer ser el lugar más idóneo para sufrir agresiones de cualquier tipo, seguido muy de cerca por el patio del centro.



## BIBLIOGRAFÍA:

### Libros:

- CEREZO RAMIREZ, Fuentesanta. Conductas agresivas en la edad escolar: Aproximación teórica y metodológica. Propuestas de intervención. Ed. Pirámide. Madrid, 1997.
- FERNANDEZ, Isabel. Prevención de la violencia y resolución de conflictos: El clima escolar como factor de calidad. Ed. Nancea. Madrid, 1998.
- MACFARLANE, Aidan; MCPHERSON, Ann. Bullying. Quan els joves són víctimes i agressors. Ed. Bromera. Romenya, 2004.
- MASNOU, Fina. Educació per a la convivència. Ed. Eumo. Vic, 1991.
- OLWEUS, Dan. Conductas de acoso y amenaza entre escolares. Ed. Morata. Madrid, 1998.
- TRIANES, M<sup>a</sup> Victoria; FERNANDEZ-FIGARES, Carmen. Aprender a ser personas y a convivir. Ed. Desclée de Brouwer SA. Bilbao, 2001.

### Articulos:

- “VIOLENCIA EN EL MARCO ESCOLAR DE LA ENSEÑANA OBLIGATORIA: PROFESORADO COMO REFERENCIA”. Autores: Rodríguez, Francisco J.; Gutiérrez, Cristina; Herrero, F. Javier; Cuesta, Marcelino; Hernández, Eva; Carbonero, Patricia G.; Jiménez, Asunción. Revista Aula Abierta. 2002, mes de juny, vol. 79. Pàgines: 139-152.
- “VIOLENCIA ESCOLAR Y SALUD MENTAL INFANTIL”. Autor: Ortega Ruiz, Rosario. Revista Bienestar y Protección infantil. 1997, mes de noviembre, número 3. vol. 3. Pàgines: 352-364.
- “LAS MALAS RELACIONES INTERPERSONALES EN LA ESCUELA: ESTUDIO SOBRE LA VIOLENCIA Y EL MALTRATO ENTRE COMPAÑEROS EN LA SEGUNDA ETAPA DE EGB”. Autor: Ortega, R. Revista Infancia y Sociedad. 1995, número 27-28. Pàgines: 192-215.
- “MALTRACTAMENT ENTRE ALUMNES: NECESSITAT D’UNA APROXIMACIÓ NO CULPABILITZADORA”. Autores: Collell, Jordi; Escudé, Carme. Revista Àmbits de Psicopedagogia. 2004, número 14. Pàgines: 12-15.
- “LA VIOLÈNCIA ENTRE IGUALS A L’ESCOLA: EL BULLYING”. Autores: Collell, Jordi; Escudé, Carme. Revista Àmbits de Psicopedagogia. 2002, número 4. Pàgines: 20-24.

## Póster/Poster 18

### AUTOR/ES:

Noheda Recuenco, Milagros; Simarro Blasco, José Antonio; Guijarro Hernaiz, María Jesús; Orozco Recuenco, María José; Abanades Contreras, Marta; Noheda Blasco, María Carina; Bascuñana Blasco, Mónica.

### TÍTULO:

Estudio descriptivo sobre la inserción y/o retirada del catéter venoso permanente

### TEXTO DEL TRABAJO:

#### Objetivos:

Describir: Tipo y procedencia del paciente, técnica realizada, vía de acceso, modelo de catéter más utilizado, tiempo quirúrgico y complicaciones peri y post-operatorias ante la inserción del catéter venoso permanente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

#### Método:

Estudio descriptivo y retrospectivo realizado con 138 pacientes que precisaron un implante y/o retirada de un catéter venoso permanente en el Hospital Virgen de la Luz (Cuenca), durante el periodo marzo 2002-marzo 2004.

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, tiempo quirúrgico y servicio donde se realizó el procedimiento, técnica, vía de acceso, tipo de catéter e incidencias peri y post-intervención.

#### Resultados:

La media de edad fue de 60,01 ± 11.97. En cuanto a la variable sexo, el 60,9% fueron hombres (n=84).

El tiempo quirúrgico medio fue de 46,10 ± 18,30 minutos. El 94.9% de los procedimientos, se realizaron en el servicio de Medicina Intensiva y el resto en Quirófano por el Servicio de Cirugía. El 98.2% de los pacientes fueron derivados del servicio de Oncología, el 5,8 del servicio de Hematología y el resto Medicina Interna.

En cuanto a las técnicas realizadas, el 80.4% (n=111) fueron implantes, el 18.8% (n=26) retiradas y el 0,7% (n=1) reimplantes.

Las vía de acceso más utilizada fue la subclavia derecha (n=86, 62.3%), seguida de subclavia izquierda (n=33, 23.9%); en el 13% (n=18) se utilizó yugular derecha y en el 0,7% (n=1) por yugular izquierda.

Los catéteres mas utilizados fueron los reservorios subcutáneos (n=127, 92%)

En el 97.1 % (n=134) de los procedimientos no existieron incidencias durante el mismo. Las incidencias que se produjeron durante la realización de la técnica fueron bradicardia (n=2, 50%) y neumotórax (n=2, 50%).

En el 91.3 % (n=126) de los casos no hubo incidencias tardías. La incidencia tardía mas frecuente fue la bacteriemia (n=3, 2.3%).

#### Discusión:

La inserción y/o retirada del catéter venoso permanente es una técnica relativamente rápida y segura, puesto que las incidencias durante y post-intervención son mínimas. La vía de acceso principal es subclavia derecha y el catéter mas utilizado el reservorio subcutáneo. El servicio mas demandante de la técnica es Oncología.

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. Torres , L M ; García-Hernández , R ; Vidal , M A ; :Rotura espontánea de catéter venoso central. Rev Soc Esp Dolor 13 (2006);3 :164 - 166
2. Lluch , M ; Ruz , A ; Belmonte , M ; Rubio , V ; Ruiz-Giménez , J F ; Calvo , R ; :Reservorios subcutáneos venosos centrales permanentes. Complicaciones. Rev Soc Esp Dolor 11 (2004);3 :150 - 155.
3. Craus W, Di Giacomo, Tommasino U, et al. Totally implantable central venous access: 15 years' experience in a single unit. The Journal of Vascular Access 2001; 2: 161-7.
4. Moner Corominas, Ll.: Cómo prevenir la infección relacionada con cateterismo intravascular. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social Generalitat de Catalunya-Inibsa, 1997.
5. Roncero, A.; Bannink, H.; Flores, L.; León, C.: Manual de manejo de catéteres intravasculares. Análisis de una encuesta nacional. Servicio de Medicina Intensiva y Urgencias del Hospital Sanitario de Valme ( Sevilla). Barcelona: INIBSA,1998.
6. Carrero, M.C.: Accesos vasculares. Implantación y Cuidados Enfermeros. Madrid 2002.
7. Martínez Ibáñez, V,; Pérez Martínez, A.: Complicaciones potenciales asociadas a catéter reservorio. En Manual del Port-a-cath en Pediatría. Barcelona: Akabi Pharmacia- Deltec, 2000.

**AUTOR/ES:**

Marta Lizarbe Chocarro

**TÍTULO:**

Resultado de enfermería (NOC) "Tolerancia a la actividad" en pacientes sometidos a Crioplastia.

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**-OBJETIVO:** Cuantificar la alteración del patrón Actividad-ejercicio en pacientes sometidos a crioplastia en nuestro servicio (aquejados de enfermedad arterial vascular periférica), a través de los indicadores del resultado de enfermería (NOC) Tolerancia a la actividad (0005), y comprobar cuales de los 6 indicadores escogidos son más sensibles para percibir cambios en el estado de salud del paciente.

**-MÉTODOS:** Se realizó un estudio descriptivo prospectivo en 22 pacientes del total de los tratados en nuestro servicio entre febrero de 2006 y febrero de 2007. El resultado de enfermería Tolerancia a la actividad (0005) perteneciente al Dominio Salud funcional cuenta con 15 indicadores (000501-000511, 000514, 000516-000518) propuestos en la 3ª edición de la Nursing Outcome Classification (año 2005). Se escogieron los que se creyeron que eran los más convenientes para el tipo de patología periférica isquémica arterial, resultando un total de seis: Paso al Caminar, Distancia de Caminata, Tolerancia a Subir Escaleras, Facilidad en la Realización de las Actividades de la Vida Diaria (AVD), Resistencia de la parte Inferior del Cuerpo y Habilidad para Hablar durante el Ejercicio. Se creó una escala de valoración tipo Likert de cinco puntos (la recomendada en la 3ª edición es la escala tipo "a" desde Gravemente comprometido hasta No comprometido) para cada uno de ellos y así homogeneizar los resultados que nos transmitían los pacientes. Posteriormente, se les entrevistó telefónicamente por los diferentes indicadores PRE y POST crioplastia y se recogieron las puntuaciones de cada uno de ellos. A su vez, y previo permiso oral del paciente para acceder a su historia clínica, se recogieron diferentes variables ilustrativas de muestra. También se les registró el grado de La Fontaine de isquemia arterial periférica PRE y POST crioplastia y el índice Tobillo-Brazo y en caso de tener un grado IV de Fontaine, la escala de Wagner de lesiones del pie diabético. Para el análisis estadístico de los datos se recurrió al programa informático SPSS vs.13.0.

**-RESULTADOS:** Se obtuvo una muestra de 22 pacientes, el 68,2% varones y el 31,8% mujeres, con una media de 70,36 años, siguiendo esta variable una distribución de tipo Logaritmo Normal. El grado de Fontaine (PRE) más frecuente fue el IIb (11 pacientes), seguido del IV (9) y del III (2 casos), existiendo diferencias significativas ( $p=0,013$  wilcoxon) entre la clasificación PRE y POST intervención. A su vez, a los pacientes grado IV se les aplicó la clasificación de Wagner de riego de lesión del pie diabético, obteniendo también diferencias significativas entre el PRE y el POST ( $p=0,003$ ). El grupo de los fumadores (12 pacientes con una media de edad de 71,5 años), partían de Fontaine eran 10 IIb, 1 III y 1 IV y se ha observado una mejoría en los indicadores de 4,25 puntos entre la PRE y POST. Se aplicó el test de Wilcoxon para comprobar la variabilidad PRE y POST de los diferentes indicadores, obteniéndose significatividad para la Distancia de Caminata ( $p=0,004$ ), para la Tolerancia a Subir Escaleras ( $p=0,004$ ), la Resistencia de la Parte Inferior del cuerpo ( $P=0,017$ ) y para la Capacidad de Hablar durante el Ejercicio ( $p=0,046$ ), por lo que se pueden considerar como fiables para cuantificar el presente resultado.

**-DISCUSIÓN:** La primera gran duda a la hora de plantear el estudio fue: ¿Utilización de Diagnósticos de Enfermería o de Resultados de Enfermería? En un afán por desarrollar una terminología universal y fácilmente mensurable, además de conceptualmente con un carácter más positivo que negativo, me decanté por los Resultados de enfermería ya que los resultados describen un estado, conducta o percepción variable que puede encontrarse en cualquier punto de un continuo negativo-positivo, pero siempre redactados positivamente. La novedad que el presente estudio aporta es la metodología utilizada, ya que anteriormente no se habían aplicado en la práctica enfermera indicadores para cuantificar un resultado enfermero, y según comenta la NOC en su tercera edición, es un campo por desarrollar muy interesante, dentro del campo enfermero.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Joye J. New technologies for femoropopliteal treatment. Presented at the Paris Course on Revascularization.; May 25, 2003;Paris, France.
2. Baust JM. Molecular mechanism of cellular demise associated with cryopreservation failure. Cell Preservation Technology 2002;1(1):17-32.
3. Hannai et al. Induction of apoptosis in human colon carcinoma cells HT29 by sublethal cryo-injury: mediation by cytochrome C release. Int J cancer 2001;93:526-533.
4. Fava M, Loyola S, Poludorou A, Papapavlou P, Polydorou A, Mendiz O, Joye JD. Cryoplasty for femoropopliteal Arterial Disease: Late angiographic results of inicial human experience. J Vasc Interv Radiol 2004;15:1239-1243.
5. Laird J, Jaff MR, Biamino G, McNamara T, Scheinert D, Zetterlund P, Moen E, Joye J. Cryoplasty for the treatment of femoropopliteal arterial disease: Results of a prospective, multicentre Registry. J Vasc Interv Radiol 2005;16:1067-1073.
6. Jahnke Th. Cryoplasty for the treatment of femoropopliteal arterial disease: will feerzing solve the problem of cold feet?. J Vasc Radiol 2005;16:1051-1054.
7. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). IOWA: Ediciones Mosby;2005.

## Póster/Poster 21

**AUTOR/ES:**

Díez Díez Beatriz ,Guerra Cuesta Isabel ,Mayo Iscar Agustín, Bombin Minguez Manuel

**TÍTULO:**

Valoración del nivel de conocimiento y cumplimiento de los protocolos para la prevención de la infección en la herida quirúrgica

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**INTRODUCCION:** EL personal sanitario que participa en el proceso quirúrgico del paciente tiene la responsabilidad de proporcionar y mantener un ambiente seguro para los pacientes (3) y acatar las practicas asépticas forma parte de esta responsabilidad (1). Los cuidados de enfermería tienen una influencia importante en los cuidados de las heridas, ya que la creación de una herida quirúrgica interrumpe la integridad cutánea y su función protectora. La exposición de los tejidos profundos a los patógenos del ambiente coloca al paciente en un riesgo de infección del sitio quirúrgico siendo esto una complicación grave que pone en peligro la vida. (5) (6)

**OBJETIVO:** Evaluar el nivel de conocimiento y cumplimiento de los protocolos y normas implantadas para la prevención de la infección de la herida quirúrgica. En el personal de enfermería que trabaja en las unidades de Hospitalización Quirúrgica del Hospital Clínico Universitario de Valladolid

**METODOS:** La muestra estaba compuesta por 25 individuos La herramienta utilizada para medir las características de interés fue un cuestionario, con 12 preguntas de respuesta múltiple que las enfermeras de las unidades quirúrgicas cumplimentaron de forma anónima.

**RESULTADOS.**

El 64% del colectivo encuestado mostró desconocimiento acerca de los programas existentes para reducir el riesgo de infección nosocomial en pacientes quirúrgicos.

En lo referente a los pacientes inmunodeprimidos y con necesidad de aislamiento el grado de conocimiento teórico del protocolo es de un 96%, pero no se lleva a la práctica en un 20% de los casos.

Respecto al protocolo de cura de heridas solo el 76% los profesionales de enfermería lo conocen y el 68,4 lo aplica siempre o casi siempre.

En cuanto al grado de conocimiento del protocolo de profilaxis preoperatoria el 100% de los encuestados lo conocen y el 80 % lo aplica siempre o casi siempre.

En lo referente a la eliminación de residuos de residuos infecciosos y fluidos corporales el 100% de los encuestados conoce el procedimiento y lo realizan el 95% de los profesionales.

Respecto a la eliminación del material de curas y apósitos el 100 % de los encuestados conoce y utiliza bolsa cerrada en la habitación del paciente infectado pero el mismo porcentaje no utiliza bolsa individual en el resto de los pacientes de la unidad.

El 12% de los encuestados no conoce la técnica correcta del lavado de manos y el 60% de los profesionales aplica siempre o casi siempre correctamente dicha técnica antes y después de realizar una cura.

**DISCUSION:** El estudio detecta carencias en los enferme@s relativas al conocimiento y aplicación de los protocolos y técnicas para reducir el riesgo de infección nosocomial que deberían realizarse de forma reglada en el cuidado del paciente quirúrgico.

El personal de enfermería tiene la obligación y la responsabilidad de conocer y aplicar las técnicas adecuadas de asepsia para la prevención de las infecciones. Por tanto, se debe instar y formar a los enfermeros para trabajar de forma protocolarizada, utilizando una herramienta común y poniendo en práctica las indicaciones del servicio de Medicina Preventiva para lograr el objetivo de mejorar la calidad asistencial.

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. INFECCIONES ASOCIADAS A CIRUGÍA.mht  
<http://www.ramosmejia.org.ar/s/inf/recomend/infciru.html>
2. infecc04.pdf  
<http://www.acmcb.es/>
3. infecciones.aislamientos.mht  
<http://www.enferurg.com/anexos/infnosocomial.htm>
4. PROTOCOLO DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGÍA, del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.
5. herida quirúrgica.pdf  
<http://www.mpsp.org/mpsp/index.html>
6. Herida Quirúrgica.mht  
<http://www.saludaliamedica.com/>

## Poster/Póster 24

**AUTOR/ES:**

Clara González Formoso, Silvia Rodiño Pomares, M<sup>a</sup> Manuela Fontanillo Fontanillo, M<sup>a</sup> Jesús Purriños Hermida

**TÍTULO:**

CONSUMO DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN LA POBLACIÓN INFANTOJUVENIL DE CHAPELA (PONTEVEDRA)

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**OBJETIVO:** Describir la utilización de distintos medios de comunicación (televisión -TV-, videoconsola, ordenador, Internet y móvil) en niños y adolescentes, entre 8 y 14 años de edad, con el fin de elaborar programas de intervención educativa.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional, descriptivo transversal, mediante la cumplimentación de una encuesta realizada a jóvenes entre 8 y 14 años, adscritos a la Unidad de Atención Primaria de Chapela (Pontevedra). El análisis estadístico consistió en un estudio descriptivo de las variables recogidas y un posterior análisis univariante, usando tablas de contingencia y chi-cuadrado para la asociación entre variables cualitativas, con la aplicación de la prueba exacta de Fisher cuando fuese necesaria; el estudio de comparación de medias entre la variable "edad" con las variables cualitativas se hizo por test no paramétricos U de Mann-Whitney o Kruskal-Wallis, ya que la variable "edad" no sigue una distribución normal.

**RESULTADOS:** La presencia de los distintos medios de comunicación en el dormitorio de los encuestados fue del 35,1% para la TV, el 21,3% para el ordenador y el 5,4% para Internet, siendo la TV el medio más valorado. El 62,9% ve la TV entre 1 y 3 horas al día; el 97,0% de los encuestados no respetan el horario televisivo infantil y al 54,4% les limitan sus padres el tiempo de exposición frente al televisor. El 75,7% tienen videoconsola, siendo los varones los que más la usan (92% frente al 54% de las niñas;  $p < 0,001$ ) y la mayoría juegan menos de hora al día. El 71,8% tienen ordenador en su casa (62,8% varones); al 36,8% les limitan sus padres el tiempo de uso. De los que disponen ordenador, el 34,5% tienen Internet y, tanto niños como niñas, refieren usarlo fundamentalmente para buscar información (42,7%); le sigue el 31,8% para jugar, el 18,2% para chatear y el 7,3% restante para otras actividades (descargar canciones o juegos). De los encuestados, un joven de 13 años reconoció haber consultado una página pornográfica en Internet. El 45,0% disponen de móvil, usándolo diariamente el 50,0%, no evidenciándose diferencias significativas entre el uso diario y el género ( $p=0,5$ ) y gastando menos de 10 euros al mes el 30,7%. La media de edad de los que tienen móvil es de 12 y de los que no de 10 ( $p < 0,001$ ); al 25,6% les limitan sus padres el tiempo de uso.

**DISCUSIÓN:** Las nuevas tecnologías audiovisuales forman parte de la actividad diaria de las personas, ejerciendo una gran influencia en niños y adolescentes. La sociedad en general y los profesionales sanitarios en particular deberíamos realizar una mayor educación sanitaria respecto al consumo de los diferentes medios de comunicación, estimulando su uso racional y enseñándoles a ser críticos. Los padres deberían limitar el consumo abusivo de estos medios, evitar su presencia en el dormitorio de los jóvenes, utilizar móviles de tarjeta prepago no antes de los 14 años, supervisar y orientar sobre el contenido de los videojuegos y las páginas de acceso a Internet.



**BIBLIOGRAFÍA:**

- Bercedo Sanz A, Redondo Figuero C, Pelayo Alonso R, Gómez del Río Z, Hernández Herrero M, Cadenas González N. Consumo de los medios de comunicación en la adolescencia. An Esp Pediatr 2005; 63(6):516-25.
- Hancox RJ, Milne BJ, Poulton R. Association of television during childhood with poor educational achievement. Arch Pediatr Adolesc Med. 2005; 159:614-8.
- Zimmerman FJ, Christakis DA. Children's television viewing and cognitive outcomes. A Longitudinal Analysis of National Data. Arch Pediatr Adolesc Med. 2005; 159:619-25.
- Muñoz García F. Impacto de las pantallas, televisión, ordenador y videojuegos. Pediatr Integral 2005; IX (9): 697-706.
- Browne KD, Hamilton CE. The influence of violent media on children and adolescents: a public health approach. Lancet 2005; 365:702-10.
- Song I, Larose R, Eastin M, Lin CA. Internet gratifications and internet addiction: on the uses and abuses new media. Cyberpsychol Behav 2004; 7(4): 384-94.
- Uhlmann E, Swanson J. Exposure to violent videogames increases automatic aggressiveness. J Adolesc 2004; 27: 41-52.
- Christakis DA, Zimmerman FJ, Di Giuseppe DL, McCarty Ca. Early television exposure and subsequent attentional problems in children. Pediatrics 2004; 113:708-13.
- Funk JB, Baldacci HB, Pasold T, Baumgardner J. Violence exposure in real-life, videogames, television, movies and the internet: is there desensitization? J Adolesc 2004; 27:23-39.
- Huesmann LR, Moise-Titus J, Podolski CL, Eron LD. Longitudinal relations between children's exposure to TV violence and their aggressive and violent in young adulthood: 1997-1992. Dev Psychol 2003; 39:2001.-
- Durá Travé T, Mauleón Rosquil C, Gúrpide Ayarra N. La televisión y los adolescentes. Aen Primaria 2002; 30(3):171-175.

**AUTOR/ES:**

Ramírez. M; Pérez de Albeniz. P; Gil A ; Sanz I; Hernangómez S.

**TÍTULO:**

IMPACTO DEL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE VALORACIÓN Y APOYO A DOMICILIO VIH, SIDA Y TBC DEL HOSPITAL UNIVER GREGORIO MARAÑÓN.

**TEXTO DEL TRABAJO:**

Objetivos:

Evaluar:

- Cuidados integral al paciente VIH, SIDA, TBC, y / o con severa comorbilidad
- Adherencia conseguida al tratamiento.
- Pacientes con dificultades de acceso a los Servicios convencionales del Sistema de Salud que están siendo seguidos por la Unidad.

Métodos:

Se realiza un seguimiento a los pacientes que se plantea de dos diferentes maneras: en una de ellas el paciente viene a la Unidad en el Hospital y en la otra son las enfermeras las que visitan a los pacientes en su domicilio.

Uno de los principales objetivos del cuidado enfermero es conseguir que los pacientes alcancen una adherencia lo suficientemente potente como para que el tratamiento sea eficaz. Para conseguir esta adherencia los métodos utilizados se basan en distintas modalidades de supervisión en función de las necesidades de los pacientes. Estas modalidades de supervisión pueden ser directamente observados, semanal, quincenal, mensual o control de recetas.

Para evaluar el impacto de las actividades descritas, se ha realizado un estudio de las Historias generadas por los pacientes durante este año, realizando un análisis descriptivo de los datos recogidos.

Las variables estudiadas son: paciente seguido, lugar de la aplicación de la asistencia, tipo de patología asociada, problemas sociales, valoración física y psíquica, dosis de medicación no tomadas.

Resultados:

Durante este año (hasta el 30 de Abril) se está efectuando el seguimiento a 222 pacientes a los que se les ha realizado 299 visitas a domicilio y han generado 1282 consultas en la Unidad. Los perfiles de paciente predominante son: aquellos con bajo nivel de auto cuidado: 136 pacientes (61%), pacientes que provienen de entornos marginales: 57 (25,6%), trastornos psiquiátricos: 30 (13,5%), adicción a drogas: 53 (23,8%), para los cuales la adherencia a un tratamiento a largo plazo parece algo inalcanzable. En segundo lugar son derivados pacientes discapacitados con secuelas irreversibles que les dificultan para realizar un seguimiento sanitario hospitalario normalizado: 32 (14,4%), o pacientes con patología superpuesta (oncológicas, hepatopatía grave...) de difícil manejo extrahospitalario 22 (9,9%). Reciben TAR 180 (81%), se realiza supervisión directa diaria mediante la dispensación de medicamentos 12 (5,4%), supervisión periódica con preparación de toda la medicación del paciente en unidades monodosis en: 120 (54%), cura de lesiones cutáneas: 5, tratamientos intravenosos: 5 y media de extracciones analíticas/mensuales: 90. Con este perfil de manejo ajustado a cada paciente en cada momento hemos alcanzado buena respuesta inmunovirológica en 172 (95,5%). Control de tratamiento de tuberculosis en 12 pacientes.

Discusión:

Esta evaluación permite conocer cual es nuestra actividad y que impacto tiene nuestro trabajo sobre estos pacientes. Aumenta la visibilidad del trabajo enfermero y la importancia de éste en algunos ámbitos de población generalmente excluidos. Los datos conseguidos de adherencia y seguimiento demuestran que las actuaciones enfermeras en esta Unidad, permiten un aumento de la calidad de vida y supervivencia de los paciente y un uso racional de medicamentos que tienen un gran impacto en la economía sanitaria.

**AUTOR/ES:**

Pilar Mellado Escudero, Yolanda García Villarreal, Asunción Rebollo Aparicio, María Ángeles Santiago, M<sup>a</sup> Joaquina Jiménez

**TÍTULO:**

Efecto de una visita enfermera estructurada e individualizada en la ansiedad de los pacientes intervenidos de cirugía cardiaca con cir

**TEXTO DEL TRABAJO:**

Contexto: A nivel psicológico la cirugía cardiaca es una experiencia sumamente estresante para el paciente y su familia, y puede ser clasificada como una crisis o suceso amenazante para la mayoría de los pacientes, produciendo ansiedad en la respuesta.

Objetivo primario: Evaluar si una visita de enfermería estructurada e individualizada a pacientes prequirúrgicos de Cirugía Cardiaca con Circulación Extracorpórea (CEC) reduce sus niveles de ansiedad-estado preoperatorios y mejora su recuperación en el postoperatorio.

Métodos: Ensayo clínico controlado y aleatorizado, paralelo, con dos grupos de pacientes, un grupo experimental sometido a una visita enfermera y un grupo control que recibirá la visita preoperatorio de rutina. Sujetos y ámbito: 128 pacientes sometidos a una intervención programada de cirugía cardiaca con circulación extracorpórea, en el Hospital Universitario Puerta de Hierro, que den su consentimiento informado. Intervención: visita enfermera individualizada, estructurada y protocolizada, de unos 20 minutos de duración, durante la cual se aportará información al paciente y a su familia de todo el proceso quirúrgico, se brindará apoyo psicológico para intentar disminuir su ansiedad y se resolverán sus dudas. El grupo control recibirá la preparación de rutina habitual, que no incluye ninguna intervención estructurada sobre su proceso. Duración de la visita de aproximadamente 5 minutos. Mediciones Principales: Niveles de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo del cuestionario The State-Trait Anxiety Inventory (STAY), medidas en momentos distintos: en el preoperatorio, en el antequirófono y en el postoperatorio. Otras mediciones: parámetros clínicos en el postoperatorio, nivel cognitivo y grado de satisfacción clínicas Análisis: comparación de las medias de los niveles de ansiedad, de las variables clínicas, nivel cognitivo y satisfacción entre ambos grupos.

Resultados del estudio piloto: participaron 10 pacientes, 5 por grupo. En el grupo control hubo 2 varones y 3 mujeres, con edad media(DT) de 60(13), 4 casados y 1 soltero, 4 coronarios y 1 valvular, con un valor medio de STAI-rasgo(DT) de 29(4). En el grupo visita hubo 3 varones y 2 mujeres, con edad media(DT) de 52(14), 3 casados y 2 solteros, 4 coronarios y 1 valvular, con un valor medio de STAI-rasgo(DT) de 30(3). Las puntuaciones globales del STAI-estado preoperatorio han resultado superiores en el grupo visita que en el grupo control, con una media(DT) de 39(4) frente a 33(7), con diferencias en las puntuaciones por sexo. Las puntuaciones globales del STAI-estado en el antequirófono resultaron similares en ambos grupos, con una media(DT) de 40(6) en el grupo visita y 41(6) en el grupo control, con diferencias en las puntuaciones por sexo. Las puntuaciones globales del STAI-estado postoperatorio resultaron similares en ambos grupos, con una media(DT) de 30(2) en el grupo visita y 28(1) en el grupo control, similares a las puntuaciones del STAI-rasgo. Las variables clínicas postoperatorias sugerían una ligera mejora en el grupo visita frente al control. En ninguno de los dos grupos hubo pacientes con puntuaciones sospechosas de desorientación. La percepción manifestada por los pacientes respecto a la atención recibida, en general, fue positiva, con puntuaciones que oscilaban entre 10-15 puntos, en rango de 3 a 15 puntos. Todos los sujetos del estudio cumplimentaron sin problemas los cuestionarios, coincidiendo en que les resultaba más fácil si la enfermera leía las frases y las opciones de respuesta

Aplicabilidad: Si se confirma la hipótesis del estudio "la visita enfermera estructurada en los pacientes que van a ser sometidos a cirugía cardiaca con circulación extracorpórea disminuye los niveles de ansiedad en el preoperatorio y mejora la recuperación postquirúrgica" aportaría bases más sólidas para establecer recomendaciones en la práctica clínica, basadas en evidencias científicas, y justificaría la implantación de la visita enfermera en el plan de cuidados de los pacientes intervenidos de cirugía cardiaca.

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. Cupples SA. Effects of timing and reinforcement of preoperative education on knowledge and recovery of patients having coronary artery bypass graft surgery. *Heart Lung* 1991; 20: 654-60.
2. Arán R, Díez C, Marimón M, Freixa F, Borull C. Efecto de la visita preoperatoria de las enfermeras quirúrgicas a los pacientes que van a ser intervenidos. *Enfermería Clínica* 1996; 6: 57-62.
3. Schwartz-Barcott D, Fortín JD, Kim Hs: Client-nurse interaction: testing for its impact in preoperative instruction. *Int J Nurs Stud* 1994; 31: 23-35.
4. Rice Hill, V., Mullin, M. E., & Jarosz, P..Preadmission self- instruction effects on postadmission and postoperative indicators in CABG patients: Partial replication and extension. *Research in Nursing and Health*,1992; 15: 253-259.
5. Cristopherson, B, Pfeiffer, C. Varying The Timing of information to alter preoperative anxiety and postoperative recovery in cardiac surgery patient. *Heart and Lung*,1980; 9: 845-861.
6. Hathaway D. Efect of preoperative instruction on postoperative outcomes: a meta-analysis. *Nursing Research* 1986; 35: 269-275.
7. Devine EC, Cook TD. Clinical and cost saving effects of psycho-educational interventions with surgical patient: A meta analysis. *Research in Nursing and Health*, 1986; 9: 89-105.
8. Cuñado A, Legarre MJ, Ruiz J, Silveira J, Caballero L, García F. Efecto de una "visita enfermera" estructurada e individualizada en la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. *Enfermería Clínica*, 1998;9:98-104.
9. Miller P, Shada EA. Preoperative information and recovery of open-heart surgery patient. *Heart and Lung*,1978;14: 40-44.

**AUTOR/ES:**

DR. ALVARO, BERNALTE; SR. FRANCISCO MANUEL ESTEBAN; SRA. MARIA LUISA OCAÑA;  
SR. ROBERTO FERNÁNDEZ; SRA. MARILUZ ARAUJO; SRA. LETICIA GARCÍA

**TÍTULO:**

EL PROGRAMA DE ENFERMERÍA DE ENLACE EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA  
DEL CAMPO DE GIBRALTAR

**TEXTO DEL TRABAJO:**

1. Introducción

El presente trabajo muestra algunos de los parámetros estudiados en este segundo año del seguimiento realizado al programa de enfermería de enlace por un equipo conjunto Universidad de Cádiz - SAS, en el Área de gestión sanitaria del Campo de Gibraltar.

2. Objetivo.

El objetivo básico es mostrar dentro del trabajo de seguimiento del Programa de Enfermería de enlace en el Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar, los siguientes aspectos:

1. La actividad de los enfermeros de enlace.
2. El perfil de los pacientes.
3. La incidencia de etiquetas diagnósticas en varones y mujeres.

3. Métodos.

El lugar donde se ha llevado a cabo la investigación es el Área de gestión sanitaria del Campo de Gibraltar. Se ha trabajado con todas las personas dependientes valoradas por primera vez por los enfermeros de enlace del Área (Universo); el período de seguimiento ha sido del 1 febrero del 2006 a 31 de enero del 2007. La técnica aplicada es un sistema propio de declaración de casos mensual que cumplimentan todos los enlace, y nuestra base de datos se ha realizado mediante el Programa Epiinfo 2000.

4. Resultados.

1. Desde el grupo de edad 25 a 29 las mujeres son el grupo más numeroso como cuidadoras hasta el 65 a 69 donde se convierten además en el grupo más numeroso de enfermas valoradas.
2. Ha disminuido la tendencia a utilizar muchas etiquetas diagnósticas, en el caso de tres de los enfermeros de enlace no lo han hecho en ningún caso a lo largo del año, dos en uno, y entre dos de los enfermeros aglutinan el 75 % de los casos en que los personas valoradas tienen más etiquetas.
4. El 86 % de las personas con necesidades de cuidados solo tienen 1 o 2 etiquetas diagnósticas
5. En los hombres hay más que han necesitado dos etiquetas, que una sola; no sucede así en las mujeres.
6. En la incidencia de etiquetas diagnósticas, las de mayor incidencia en los varones son: Deterioro de la movilidad física, y en segundo lugar Deterioro de la comunicación verbal; y en las mujeres Riesgo de caídas y en segundo lugar Deterioro de la movilidad física.

5. Discusión.

Obviamente hay algunos factores del contexto que quizás han hecho variar el número de etiquetas, menos tiempo para los pacientes y valoraciones dirigidas; sobre la incidencia –nada que decir- excepto que dado el tipo de pacientes a los que va dirigido el programa tienen una coherencia total.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

Bernalte , A. y otros. "La observación una herramienta de enfermería que debe utilizarse siempre". : Rev. Enfermería Científica. Enero - Febrero 2000. Nº 214 – 215.

Bernalte , A.; Miret, M. T. (2005). "Manual de enfermería comunitaria". Buenos Aires. Editorial Libros en red.

Bernalte, A.; Miret, M. V.(2003). "Guía de educación para la salud desde la Mirada antropológica". Cádiz. Servicio de publicaciones de la Universidad de Cádiz.

Bernalte, A. "Antropología de la salud: ¿Educación para la salud?". Rev. Enfermería Científica. Enero - Febrero 2003 . 250 - 251

Bernalte, A. (2004). "Etnografía de un centro de salud". Cádiz. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz.

Del Rincón, D.: Arnal, J. y otros (1995). "Técnicas de investigación en Ciencias Sociales ". Madrid. Ed. Dykinson.

Martin, A.; Cano, J.F. (1999). " Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica ". Ed. Harcourt Brace. Madrid.

Menéndez, E. (1952). " Grupo doméstico y proceso salud / enfermedad / atención. Del "teoricismo" al movimiento continuo ". Cuadernos Médico Sociales. Nº 59

**AUTOR/ES:**

Marta Lizarbe Chocarro

**TÍTULO:**

Satisfacción y calidad de vida en pacientes portadores de reservorio venoso vascular periférico.

**TEXTO DEL TRABAJO:**

-**OBJETIVO:** conocer la satisfacción de los pacientes que han sido portadores de RVS, sus temores y ansiedades y sus necesidades Y problemas, para así mejorar nuestra atención.

-**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se trata de un estudio descriptivo, longitudinal prospectivo, realizado en una muestra de 50 pacientes a los que se les retiró el RVS en el Angiógrafo del Hospital de Navarra entre el 1 de agosto de 2006 y el 1 de marzo de 2007. El instrumento de medida de la calidad de vida fue un cuestionario compuesto de 26 ítems con escala tipo Likert de cinco puntos. Las 26 preguntas se pueden agrupar en un primer gran bloque relacionado con la satisfacción general, miedo y ansiedades del paciente en relación con el dispositivo; un segundo, relacionado con la Vida y un tercero, en relación con los aspectos de soporte sanitario. Además, se recogieron distintas variables de muestra. También se les preguntó por la información acerca del proceso de la enfermedad, si la demandaron completa desde un principio (si "ellos querían saberlo todo") o si por el contrario fue una adquisición paulatina en el tiempo ("se guiaba por lo que le decían sin preguntar demasiado") y no más de lo necesario. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS .13.0.

-**RESULTADOS:** De los 50 pacientes entrevistados, 18 eran varones y 32 mujeres, con una media de edad de 52,54 años siguiendo esta variable una distribución normal (Kolmogorov-Smirnov de 0.200 y Shapiro-Wilk de 0,155). La franja de edad más abundante fue la de 40-49 años (correspondiéndose con los cánceres de mama) con 14 pacientes, seguida de la de 60-69 (correspondiéndose con los de colon), con 12 pacientes. La patología más frecuente entre la población estudiada fue el cáncer de colon con 23 pacientes, seguida de la de mama con 15 mujeres (9 derechas, 5 izquierdas y 1 bilateral) y en un tercer apéndice llamado "Otros", 12 casos, se han incluido los de tipo hematológico. La Media del número de días que han llevado colocado el RS es de 369,52 días. Por tipo de neoplasia, el apéndice "Otros" con una media de 660 días se sigue del Colon con 288 días y de la Mama con 262. La complicación más frecuentemente sufrida ha sido el hematoma (en 9 casos), seguido de la trombosis venosa (4) y la rotura del catéter (3). En 23 casos no se ha dado ningún tipo de complicación. La zona de colocación en un 96% de los casos ha sido el antebrazo (tercio medio proximal interno) del brazo no dominante (64% del total), canalizando preferentemente la vena basílica. La información recibida en el 86% de los casos ha sido completa desde el principio sin encontrarse diferencias significativas ni por edad, ni por sexo, ni por profesión.

El presente trabajo nos muestra un paciente satisfecho con el dispositivo, que lo tolera y acepta, que lo recomendaría a otros pacientes y tomaría la misma decisión si se volviera a dar el caso, pero que una vez finalizado el tratamiento tampoco lo quiere mantener. El RVS les proporcionaba sensación de seguridad, sufriendo poco temor por la punción o preocupación diaria. Su disfrute del tiempo libre, de sus compromisos sociales, de sus AVD, de la utilización del agua, la movilidad del brazo, su capacidad de trabajar o sus actividades deportivas apenas se han visto afectadas por el RVS. El soporte extrahospitalario no ha sido el adecuado en demasiados casos. Pone de manifiesto que a los pacientes no se les ha dado una buena atención en los Centros de Salud y les ha provocado la "molestia" de tener que acudir al Hospital de Navarra (Hospital de Día), para el lavado del mismo.

-**DISCUSIÓN:** Profesionalmente, la enfermera debe conocer y manejar los RVS sin problemas. Sin embargo, se ha detectado una laguna en este campo que habrá que llenar con conocimientos. Por otro lado, aunque este estudio esté limitado por la simple descripción de un fenómeno, sin ánimo de incidir resultados de los cuales se puedan sacar verdades universales, sí que es verdad que conocer la opinión de los pacientes nos ayuda a acercarnos a ellos y dar una atención mucho más humana, pilar básico para este tipo de pacientes.

**BIBLIOGRAFÍA:**

- Aldrighetti L, Paganelli M, Arru M, et al. Complications of blind placement technique in 980 subcutaneous infusion ports. J Vasc Access 2000; 1: 28-32
- Zorrilla Aylón I, Puchades Simó A, Muñón Izquierdo A. Reservorio Venoso Subcutáneo. Rev ROL 2003;26(4):332-335.
- Craus W, Di Giacomo, Tommasino U, et al. Totally implantable central venous access: 15 years' experience in a single unit. J Vasc Access 2001; 2: 161-7.
- Ragusa M, Alberti D, Argento R, et al. Central venous access systems in the oncology patient. Minerva Chir 2000; 55: 139-46.
- Hartkamp A, van Boxtel AJ, Zonnenberg BA, et al. Totally implantable venous access devices: evaluations of complications and a prospective comparative study of a two different port systems. Neth J Med 2000; 57: 215-23.



**AUTOR/ES:**

Noheda Recuenco, Milagros; Simarro Blasco, José Antonio; Guijarro Hernaiz, María Jesús; Orozco Recuenco, María José; Abanades Contreras, Marta; Bascuñana Blasco, Mónica; Noheda Blasco, María Carina.

**TÍTULO:**

Supervivencia al año en el infarto agudo de miocardio

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**Objetivos:**

Conocer la supervivencia al año de los pacientes con Infarto Agudo de Miocardio, ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de nivel 2.

**Métodos:**

Estudio retrospectivo realizado con pacientes diagnosticados de Síndrome Coronario Agudo Con Elevación de ST (SCACEST), durante el año 2005. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, localización del infarto y la administración de trombolíticos.

**Resultados:**

Durante el año 2005 ingresaron 141 pacientes por Síndrome Coronario Agudo, y 78 presentaron Síndrome Coronario Agudo Con Elevación del ST (SCACEST).

La media de edad fue de 62.8±12.8 años. El 80.8% fueron varones (n=63). La localización más frecuente del SCACEST fue inferoposterior con un 28.2% (n=22), seguida de la anterior con un 23.1% (n=18) y la más infrecuente fue la posterior con un 2.6% (n=2). El 52.6% (n=41) recibieron tratamiento trombolítico. La mortalidad fue del 9% (n=7).

De los pacientes fallecidos, el 85.7% (n=6) fueron varones (p=0.7). En cuanto a la edad de los pacientes fallecidos, el 85.7% (n=6), tenían más de 60 años (p=0.1). En relación con la localización, el 71.4% (n=5) fueron de localización inferoposterior, el 14.3% (n=1) anterolateral y el 14.3% (n=1) de localización anterior; y en cuanto a la administración de trombolisis, el 42.9% (n=3) de los pacientes fallecidos, habían recibido tratamiento fibrinolítico (p=0.5).

**Discusión:**

La supervivencia al año resultó alta. La mayor supervivencia se dio en pacientes con localización anterior y el 57.1% de los pacientes con criterios de fibrinólisis sobrevivieron. Fue mayor en mujeres que en hombres y claramente superior en los menores de 60 años.

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. Taylor GJ, Humphries JO, Mellits ED, Pitt B, Schulze RA, Griffith LSC et al. Predictors of clinical course, coronary anatomy and left ventricular function after recovery from acute myocardial infarction. *Circulation* 1980; 62: 960-970.
2. Tavazzi L. Clinical epidemiology of acute myocardial infarction. *Am Heart J* 1999; 138(2 Pt 2): S48-54.
3. Cantor WJ, Ohman EM. Results of recent large myocardial infarction trials, adjunctive therapies, and acute myocardial infarction: improving outcomes. *Cardiol Rev* 1999; 7: 232-44.
4. Mahon NG, O'rorke C, Codd MB, et al. Hospital mortality of acute myocardial infarction in the thrombolytic era. *Heart* 1999; 81: 478-82.
5. Cannon CP. Time to treatment of acute myocardial infarction revisited. *Curr Opin Cardiol* 1998; 13: 254-66.
6. García de la Calva, N; Fernández Méndez, E; González Prieto, V. El infarto agudo de miocardio en la unidad de cuidados intensivos. Análisis de supervivencia. *Enfermería intensiva*, ISSN 1130-2399, Vol. 14, Nº. 4, 2003, pags. 156-160.

**AUTOR/ES:**

Montserrat Martínez Lareo, Francisco Javier Carmona Monge, Carmen Venturini Medina, Lourdes Chocarro González, Gloria Rollán, Gregorio Bonilla Zafra

**TÍTULO:**

Cuidado de catéteres venosos en una unidad de cuidados intensivos

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.**

La elevada incidencia (4,02 por 1000 días de cateterización) de la bacteriemia relacionada con catéter venoso central (CVC) en cuidados intensivos pone de relieve la necesidad de disponer de la mejor evidencia posible en el cuidado de dichos dispositivos. Los objetivos de este trabajo son:

- Conocer la práctica enfermera habitual en relación al cuidado de los catéteres venosos centrales en una unidad de cuidados intensivos,
- Valorar los conocimientos sobre la evidencia científica disponible en relación al cuidado de estos dispositivos.

**2. METODOLOGÍA.**

Estudio transversal descriptivo realizado en una unidad con 16 camas de intensivos y 50 enfermeras. Se utilizó un cuestionario con dos partes:

1. Análisis de la práctica habitual en el cuidado de los CVC.
2. Evaluación de los conocimientos sobre la evidencia disponible en el cuidado de los CVC.

El estudio se realizó entre diciembre 2005 y enero 2006. El análisis de los datos se realizó con el SPSS 13.0.

**3. RESULTADOS.**

El porcentaje de respuesta fue 66% (n = 33). Dividimos los resultados en:

1. Relación práctica clínica vs evidencia científica. Mayor diferencia entre ambas en los ítems:
  - a. Técnica de cura (48% diferente a la evidencia)
  - b. Vigilancia punto de inserción (60,6%)
  - c. Cambio de sistemas (78,8%)
2. Relación conocimientos teóricos vs evidencia científica. Mayor diferencia entre ambas en los ítems:
  - a. Cambio rutinario vía central (51,6%)
  - b. Cambio de sistemas (66,6%)
  - c. Cura punto de inserción (61,8%)
  - d. Preparación piel (46,3%)

Posteriormente, se dividió a los profesionales en 2 grupos en función de los años trabajados (más o menos de 5 años trabajados) y se evaluó si había diferencias en los grupos en cuanto a la correcta vigilancia del punto de inserción del catéter y la frecuencia de cambio de los sistemas de infusión.

No se encontraron diferencias significativas entre los grupos (chi cuadrado = 0,286; p = 0,593 y chi cuadrado = 3,5; p = 0,061).

**4. CONCLUSIONES**

Existe una importante diferencia entre la mejor evidencia disponible, los conocimientos y la práctica diaria de los profesionales enfermeros en el cuidado de los CVC. Se observa la existencia de actuaciones rutinarias relacionadas con el cuidado de estos dispositivos muy difíciles de cambiar a pesar de la existencia de protocolos en las unidades que indiquen otra actuación distinta como la correcta y la que se debe emplear en dichos cuidados. Es interesante resaltar el hecho de que una mayor experiencia profesional no implica la realización de los cuidados en base a la evidencia científica disponible.

Se plantea la necesidad de buscar y desarrollar estrategias de enfermería basadas en la evidencia científica aplicables al cuidado diario de los pacientes.

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. Ariza J, Leon C, Rodríguez A, Fernández E. Conclusiones de la conferencia de consenso en infecciones por catéter. *Med Intensiva* 2003;27:615-620.
2. Ciliska D. Educating for evidence-based practice. *J Prof Nurs* 2005 11;21:345-350.
3. DiCenso A, Cullum N, Ciliska D. Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. *Evid Based Nurs* 1998 April 1;1(2):38-39.
4. Dunbar-Jacob J. Special Issue: Moving Evidence-Based Practice Into Nursing Education. *Journal of Professional Nursing* 2005;21:329-329.
5. Estabrooks CA. Will evidence-based nursing practice make practice perfect? *Can J Nurs Res* 1998 Spring;30(1):15-36.
6. Estabrooks CA, Floyd JA, Scott-Findlay S, O'Leary KA, Gushta M. Individual determinants of research utilization: a systematic review. *J Adv Nurs* 2003 09;43:506-520.
7. Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Schultz A. Transforming health care from the inside out: advancing evidence-based practice in the 21st century. *J Prof Nurs* 2005 11;21:335-344.
8. French P. The development of evidence-based nursing. *J Adv Nurs* 1999 01;29:72-78.
9. Gerrish K, Clayton J. Promoting evidence-based practice: an organizational approach. *J.Nurs.Manag.* 2004 03;12:114-123.
10. Gillies D, O'Riordan E, Carr D, O'Brien I, Frost J, Gunning R. Central venous catheter dressings: a systematic review. *J Adv Nurs* 2003 12;44:623-632.
11. Grupo de trabajo de enfermedades infecciosas de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Estudio nacional de vigilancia de infección nosocomial en servicios de medicina intensiva (ENVIN-UCI): informe 2005. 2006.
12. Hadaway LC. Best-practice interventions: keeping central line infection at bay. *Nursing* 2006 04;36:58-63.
13. O'Grady NP, Alexander M, Dellinger EP, Gerberding JL, Heard SO, Maki DG, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Recomm.Rep.* 2002 08/09;51:1-29.

**AUTOR/ES:**

M<sup>a</sup> Carmen Portillo Vega<sup>1</sup>, Amparo Zaragoza Salcedo<sup>1</sup>, Juana M<sup>a</sup> Senosiain<sup>1</sup>, Sarah Cowley<sup>2</sup>  
CENTRO DE TRABAJO: 1Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Navarra. 2King's College London

**TÍTULO:**

Evaluación de un programa de rehabilitación social de enfermería implantado con pacientes neurológicos y sus cuidadores

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**Introducción:** Enfermedades neurológicas como el Ictus, el Parkinson y la Esclerosis Múltiple conllevan importantes cambios sociales tanto para los pacientes como para los cuidadores/familiares (1-5). A pesar de esto, todavía no hay programas de rehabilitación social individualizados que afronten este problema desde etapas tempranas y con una perspectiva enfermera (6-10).

**Objetivos:** Presentar los principales resultados de la evaluación de un programa de rehabilitación dirigido e implantado por enfermeras que buscaba mejorar la vida social de pacientes neurológicos y sus familiares desde la etapa de hospitalización.

**Método:** Se realizó un proyecto de Investigación en Acción (11,12) en dos unidades de hospitalización de Neurología de la Clínica Universitaria de Navarra que tuvo una duración de 30 meses. Se presentan los resultados obtenidos durante la etapa de evaluación del tercer y último ciclo de este proyecto. La recogida de datos tuvo lugar en el domicilio de pacientes y familiares seis meses después del alta para determinar la efectividad de un programa de rehabilitación social comparando los resultados obtenidos en un grupo control de 18 pacientes y 19 familiares, y un grupo intervención de 17 pacientes y 16 familiares. Se llevó a cabo muestreo de conveniencia para seleccionar ambos grupos durante su ingreso. La planificación del programa de rehabilitación social se basó en todos los datos obtenidos del personal de enfermería, pacientes y familiares durante las etapas de valoración y planificación de este proyecto. El programa consistió en proporcionar al personal de enfermería educación en valoraciones, trabajo y educación social, y en planificar e implementar el cuidado social con pacientes y cuidadores. El nuevo programa de cuidado social estaba informatizado, fue implantado por el personal de enfermería y se centró en la realización de valoraciones sociales individualizadas para promover actitudes positivas, aceptación de la enfermedad y proporcionar actividades de ocio dentro y fuera de casa. Se diseñaron y proporcionaron también folletos y libros de autoayuda, se tramitó la planificación al alta, y se facilitó el contacto con otros servicios sociales. Para la evaluación del programa se utilizaron los siguientes instrumentos: entrevistas semi-estructuradas, la Escala Rivermead de Actividades de la Vida Diaria, la Modificación de la medida de auto-percepción de adaptación social (M-SAS), y el Índice de Reintegración a la Vida Normal (RNL). Se utilizó el programa N-Vivo v2.0, para el análisis comparativo de las entrevistas, y el programa SPSS v13.0 para el análisis estadístico de los datos cuantitativos.

**Resultados:** El programa educativo y la implantación del programa de rehabilitación social en las unidades tuvo un efecto positivo. La comparación de los dos grupos de pacientes y familiares mostró diferencias en cuanto a la información y educación, y el cuidado social proporcionado por el personal de enfermería antes del alta, siendo el grupo intervención quien manifestaba respuestas más positivas. La vida social de los integrantes del grupo intervención también mejoró gracias al programa enfermero. Las puntuaciones de los cuidadores del grupo intervención fueron significativamente mejores en el índice de Reintegración a la Vida Normal ( $p=0,01$ ) y en la sub-escala de Actividades de Ocio de la Modificación de la medida de auto-percepción de adaptación social ( $p=0,04$ ).

**Discusión:** Este programa de rehabilitación social tuvo éxito al mejorar la vida social de pacientes neurológicos y familiares. Los pacientes con otras enfermedades crónicas y sus cuidadores podrían también beneficiarse de programas de este tipo. Además, este proyecto ha mejorado el cuidado social de enfermería contribuyendo al avance de la práctica y del conocimiento enfermeros ya que se carecía de programas de rehabilitación social individualizados y efectivos. También se ha demostrado que el personal de enfermería en el ámbito clínico tiene un rol esencial en la prevención de problemas sociales y en el manejo de la esfera social de la vida de los pacientes y familiares.

**BIBLIOGRAFÍA:**

- 1.Portillo MC, Saracibar MI, Wilson-Barnett J. Estudio desde la percepción de pacientes y familiares del proceso de participación informal en el cuidado después de un Ictus: metodología y primeros resultados. *Enfermería Clínica*. 2002; 12(3): 94-103.
- 2.Portillo MC, Saracibar MI, Wilson-Barnett J. Análisis de un marco conceptual para el proceso de participación informal en el cuidado después de un Ictus. *Enfermería Clínica*. 2002b; 12(4): 143-151.
- 3.Smith L, Lawrence M, Kerr SM, Langhorne P, Lees KR. Informal carers' experience of caring for stroke survivors. *Journal of Advanced Nursing*. 2004; 46: 235-244.
- 4.Burton C, Gibbon B. Expanding the role of the stroke nurse: a pragmatic clinical trial. *Journal of Advanced Nursing*. 2006; 52(6): 640-650.
- 5.Nir Z, Zolotogorsky Z, Sugarman H. Structured nursing intervention versus routine rehabilitation after stroke. *American Journal of Physical and Medicine Rehabilitation*. 2004; 83: 522-529.
- 6.Calne SM. The psychosocial impact of late-stage Parkinson's disease. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2003; 35(6): 306-313.
- 7.Patti F, Ciancio MR, Reggio E, Lopes R, Cacopardo M, Reggio A. The impact of outpatient rehabilitation on quality of life in multiple sclerosis. *Journal of Neurology*. 2002; 249: 1027-1033.
- 8.Thompson AJ, Playford ED. Rehabilitation for patients with Parkinson's disease. *Lancet*. 2001; 357(10): 410-411.
- 9.Boter H. Multicenter Randomised Controlled Trial of an Outreach Nursing support program for recently discharged stroke patients. *Stroke*. 2004; 35: 2867-2872.
- 10.Portillo Vega MC. Social Rehabilitation from a hospital ward: an action research study with nurses, neurological patients and their carers [doctoral thesis]. King's College Department of Nursing and Midwifery Studies: London. 2006.
- 11.Lewin K. Action Research and minority problems. *Journal of Social Issues*. 1946; 2(4): 34-46.
- 12.Hart E, Bond M. Action Research for health and social care. A guide to practice. Open University Press: Bucking

**AUTOR/ES:**

Palmar Santos AM, Pedraz Marcos A, Rubiales Parece MD, Solis Muñoz M, Hernández Rivas A, Rodríguez Montes JA,

**TÍTULO:**

La parte por el todo. Un análisis sobre la corporeidad en pacientes trasplantados de corazón

**TEXTO DEL TRABAJO:**

La percepción integral que tenemos de nosotros sufre una importante ruptura en los pacientes trasplantados de corazón, que conlleva la necesidad de readaptación del paciente a su propio cuerpo, su nuevo corazón y su entorno. Esto determina, por un lado, una reconstrucción de la propia identidad en cada trasplante y la necesidad de crear una nueva perspectiva de futuro, optimizando la calidad de vida.

Objetivo general: Analizar la percepción de corporeidad de los pacientes trasplantados de corazón. Objetivos específicos: 1. Examinar las diferencias expresadas por los pacientes acerca de cómo se perciben ellos mismos y cómo son percibidos por los otros antes y después de ser trasplantados de corazón. 2. Estudiar la percepción de los familiares respecto de la corporeidad del paciente trasplantado. 3. Explorar la influencia del género en la percepción de corporeidad del paciente trasplantado de corazón.

Método: Investigación descriptiva con abordaje cualitativo desde el paradigma fenomenológico. Entrevistas en profundidad a pacientes trasplantados de corazón hace menos de dos años y a familiares cercanos, que serán seleccionados mediante un muestreo tipológico de conveniencia.

Los criterios de selección: edad, sexo, tiempo postrasplante, sexo del donante y lugar de residencia (ámbito urbano o rural). Los criterios de exclusión: pacientes que no hablen español, menores de edad, retrasplantes y estar sometidos a trasplantes de más de un órgano. Se han planificado 30 entrevistas, en función de las características de la muestra y siguiendo los criterios de triangulación y saturación de la información.

Resultados: En el punto medio de esta investigación, se da cuenta de los resultados de 12 entrevistas realizadas que han permitido identificar las siguientes categorías emergentes: la recepción de un órgano extraño, la percepción de las características del donante, la percepción de mí mismo a través de los otros, dicotomía público/privado, relación socio-familiar, relación con la institución sanitaria, trasplante de sexo contrario.

- El paciente trasplantado percibe un cuerpo disociado en relación a la incorporación de un corazón de otro, representación de un nuevo tiempo de vida: "Ahora cumplo años dos veces, ahora los cumplo cuando los cumple este corazón y cuando los cumplo yo". (varón trasplantado, 64años.) "A lo mejor te miran como si fueras un bicho raro..., por no ser, por llevar un corazón de otro" (varón trasplantado, 65años)

- La relación con los otros y la dicotomía público/privado: "La gente, como lo sabe, pero les da como reparo, porque no saben cómo te lo vas a tomar, no te preguntan. [...] A él le gusta mucho contarle, pero a mí no, a mí no me gusta" (mujer de varón trasplantado de 33 años).

- La influencia del sexo del donante: "¡Ah, el corazón de un hombre, fíjate!, qué tontería. Nunca pensé que el corazón de un hombre pudiera ser para una mujer" (mujer trasplantada de 35 años). "Ay madre mía! mira que ahora este hombre... ya decía yo que te meneas tu muy..., si es que es de mujer." (hija de varón trasplantado de 65 años)

Discusión: La percepción corporal del sujeto trasplantado ofrece una visión novedosa de una realidad frecuente en nuestro sistema sanitario y cuyo conocimiento no sólo repercute en el paciente, sino también en su entorno social y en el equipo sanitario del que depende este proceso. Centrar los estudios en análisis biomédicos como el rechazo y el procedimiento quirúrgico o bien en trabajos sobre alteraciones clínicas que repercuten en la calidad de vida, deja de lado la contextualización y el reconocimiento de un proceso, que no sólo altera la percepción de la corporeidad, sino toda la cosmovisión del sujeto y su entorno. En la relación con el personal sanitario los pacientes solo perciben un seguimiento en cuanto al proceso biológico pero no perciben que los profesionales consideren dentro del proceso terapéutico cuestiones como la readaptación y factores psicosociales.

**BIBLIOGRAFÍA:**

- 1-Alzola Ladrón de Guevar MM. La sexualidad en los pacientes trasplantados. En: Solís Muñoz M. Enfermería en Trasplantes. Colección Cuidados Avanzados. Madrid: Editorial DAE; 2005: 181-201.
- 2-Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. Rev Esp Salud Pública 2002; 76: 473-482.
- 3-Crestelo D. La geopolítica del cuerpo: la visión del cuerpo respecto de los distintos sexos y su construcción en función de los discursos legitimados. Revista crítica de ciencias sociales y jurídicas. Nómadas [20 de enero de 2004]; 8: [18]. Disponible en: <http://www.ucm.es/info/eurotheo/nomadas/8/dcrecelo.htm>
- 4-Goetzmann L. Is it me, or isn't it?. Transplanted organs and their donors as transitional objects. The American Journal of Psychoanalysis. 2004; 64 (3):279-289.
- 5-Merleau Ponty M. Fenomenología de la percepción. Barcelona: Península; 2000.
- 6-Organización Nacional de Trasplantes. Dossier cardíaco 2005 [monografía en internet]. [acceso 20 de mayo de 2006]. Disponible en: [http://www.ont.es/Estadistica?accion=2&id\\_nodo=19&id\\_estadistica=19&perfil=](http://www.ont.es/Estadistica?accion=2&id_nodo=19&id_estadistica=19&perfil=)
- 7-Sanner MA. Transplant recipient's conceptions of three key phenomena in transplantation: the organ donation, the organ donor, and the organ transplant. Clin transplant. 2003; 17: 391-400.

**AUTOR/ES:**

Guerrero Martin J, Ruiz Muñoz E, Cantero Regalado AB, Ferrer Aguares JL, Molinero San Antonio EM, Cortés Mancha M.

**TÍTULO:**

Valoración del grado de adecuación de actividades formativas propuestas en EpS entre los profesionales sanitarios de Extremadura

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**Introducción**

La Educación para la Salud (EpS) es una de las principales herramientas de promoción de la salud disponibles. Se configura como un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva (1). A lo largo de los últimos años, en Extremadura, la EpS ha sido protagonista en multitud de programas y estrategias desarrolladas no sólo por las Administraciones, sino por un número importante de colectivos (2).

El Plan de Salud de Extremadura 2005-2008 recoge entre sus objetivos y líneas de actuación que durante la vigencia del Plan de Salud se priorizará la EpS como área de formación (Objetivo 29) (3). En este sentido la Administración Autonómica y otras entidades de formación deben desempeñar un papel relevante tanto en este campo como en la investigación en EpS siendo necesario el trabajo coordinado entre las diferentes instituciones y organismos, de modo que se lleve a cabo en los ámbitos de mayor protagonismo (2). La apuesta de la Administración por el desarrollo de la EpS queda patente en acciones como la cada vez mayor dotación presupuestaria destinada al impulso de la misma a nivel regional (4). Sin embargo la necesidad de conocer la valoración que otorgan, entre otros los profesionales implicados, requiere de estudios de investigación en este campo (5). Es entre los profesionales sanitarios tanto de Atención Primaria (AP) como Atención Especializada (AE) a los que les corresponde una función educadora continua al estar en contacto directo con la población (6,7).

**Objetivo**

Conocer la valoración del grado de adecuación de actividades formativas propuestas en EpS entre los profesionales sanitarios de Extremadura.

**Material y Métodos**

Estudio descriptivo cualitativo basado en una encuesta con 12 preguntas cerradas que debían ser valoradas mediante escala tipo "Lickert", sobre los temas y áreas propuestas.

**Resultados**

Se obtuvieron 785 encuestas cumplimentadas. Tras su análisis se consideran por orden de importancia las siguientes actividades formativas: Temas específicos para abordar la EpS (nutrición, tabaquismo, alcohol,...) (53,76%); Diseño de materiales (35,41%); Conceptos básicos de EpS (34,14%); Programación en EpS (32,87%); Metodología didáctica (32,48%); Evaluación de Programas de EpS (30,06%), Otros (32 temas).

**Discusión-Conclusiones**

1. Los profesionales sanitarios demandan sobre todo formación en temas específicos de EpS, para poner en práctica.
2. Las actividades formativas en EpS son demandadas por los profesionales sanitarios en los dos niveles asistenciales AP y AE.
3. Se requiere estudiar continuamente las demandas específicas de actividades formativas en el campo de la EpS para mayor adecuación a la práctica clínica y a la realidad de cada momento.



**BIBLIOGRAFÍA:**

1. Junta de Extremadura. Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura 2007-2012. Mérida: Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Dependencia; 2007. En prensa.
2. Ruiz E, Ferrer JL, Villa JM, Cantero AB, Guerrero J, Gago I. La Educación para la Salud en Extremadura: una aproximación a la planificación estratégica. Salud 2000. 2006; (108): 13-19.
3. Junta de Extremadura. Plan de Salud de Extremadura 2005-2008. Mérida: Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.
4. Orden de 18 de mayo 2007 por la que se convocan subvenciones para la financiación de proyectos sociosanitarios en el campo de la promoción y educación para la salud, durante el curso escolar 2007/2008. DOE núm. 59, 24 de mayo 2007, p. 9244 – 9251.
5. Guerrero J, Ruiz E, Cantero AB, Ferrer JL. (2006). Estudio sobre Aspectos Prioritarios de Educación para la Salud en Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura. Mérida 2006.
6. Sáez S, Marques F, Pallarés J, Serrano J, Nuín C, Martínez V. Perfil de los profesionales de la salud de Lleida respecto a la educación para la salud. Atención Primaria. 1999;(24):157-61.
7. Garcia I. La formación en educación para la salud: metodología de un curso dirigido a personal de enfermería. Rev San Hig Púb 1990;64:103-113.

**AUTOR/ES:**

SRA. MARIA DEL ROSARIO SÁNCHEZ; SRA. MARIA TERESA MIRET; SRA. MARÍA TERESA LÓPEZ; SR. JUAN MÁRIA DÍAZ MARINO; SR. MANUEL MIGUEL OCAÑA; SRA. ISABEL SOTO

**TÍTULO:**

El seguimiento de la actividad enfermera en el Campo de Gibraltar

**TEXTO DEL TRABAJO:**

1. Introducción.

Parece mentira que cuando la Consejería de Salud nos becó para realizar este trabajo teníamos dos años de esfuerzo en el "campo" por delante, más otro más en el análisis de lo obtenido. En el seguimiento que realizamos al Programa de enfermería de enlace desde el año 2005, en el 2006 hemos mejorado nuestro sistema de declaración de casos, donde los enfermeros de enlace apoyaron la iniciativa de recoger los instrumentos empleados en la valoración de los casos.

2. Objetivos.

1. Analizar el perfil de los cuidadores y enfermos en programa
2. Analizar las herramientas o instrumentos de apoyo que utilizan los enfermeros de enlace en sus valoraciones
3. Analizar las etiquetas de mayor incidencia en ambos sexos
4. Analizar el impacto de disgregar el grupo de más edad que utilizábamos en el sistema de registro, en varios grupos quinquenales

3. Métodos.

El universo de personas valoradas por primera vez (universo) para conocer la incidencia de etiquetas diagnósticas, entre otras ha sido de 1737 personas dependientes y cuidadores valoradas. Los Enfermeros que han realizado dicha labor han sido los enlaces del Atención Primaria de Salud pertenecientes al Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar, que delimita la zona geográfica del estudio. El período al que nos referiremos va desde el 1 febrero del 2006 a 31 de enero del 2007. Hemos empleado nuestro sistema propio de declaración en el que se han modificado los grupos de edad, y se ha incluido en el registro los tipos de test utilizados en la valoración. Nuestra base de datos está diseñada en Epiinfo 2000

4. Resultados.

\* las cuidadoras y las enfermas, suponen el 70 % de los casos; los cuidadores representan el 40,3 % de los casos, los enfermos el 59,7 % restante.

\* entre los instrumentos más utilizados en las valoraciones, destacan el Barthel (42,4% de los casos) y el Norton (30,7).

\* la etiqueta de mayor incidencia entre las mujeres valoradas es la 155, seguida de la 46; en el caso de los varones es la 46, seguida de la 155

5. Discusión.

Siguen siendo las mujeres la población prioritaria de este programa, por su peso tanto como cuidadoras, como por enfermas; en la valoración parece que no se ha sistematizado el uso de instrumentos como algo consustancial a la tarea de valorar.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

Bernalte, A.; Miret, M. T. (2005). "Manual de enfermería comunitaria". Buenos Aires. Editorial Libros en red.

Bernalte, A. (2004). "Etnografía de un centro de salud". Cádiz. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz.

Bernalte, A.; Miret, M. T. (2007). "Introducción a la antropología de la salud, la enfermedad y los sistemas de cuidados". Editorial Libros en Red. Buenos Aires.

Bourdieu, P. (2003). "El oficio de científico". Anagrama. Barcelona.

Fericgla, J. M. (1992) "Envejecer". Editorial Anthropos . Barcelona.

Gil, M. (2000) "Salud y fuentes de apoyo social". CIS. Madrid

Martin, A.; Cano, J. F. (1999). " Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica ". Ed. Harcourt Brace. Madrid.

Menéndez, E. (1952). " Grupo doméstico y proceso salud / enfermedad / atención. Del "teoricismo" al movimiento continuo ". Cuadernos Médico Sociales. Nº 59

Póster/Poster 40

**AUTOR/ES:**

Juana Robledo Martín; Diana de la Fuente Aparicio; Ana Belén Salamanca Castro; Sara Sánchez Castro

**TÍTULO:**

Las decisiones de las mujeres maltratadas: ¿qué factores influyen?

**TEXTO DEL TRABAJO:**

El presente artículo se ha elaborado a partir del análisis de los resultados obtenidos hasta el momento en la realización del proyecto de investigación financiado por el FIS "Percepción de las mujeres maltratadas sobre la asistencia sanitaria recibida"(PI 05/1996)

La violencia hacia y contra las mujeres consiste en cualquier tipo de violación de la personalidad de la mujer, de su integridad física y mental o de su libertad de movimientos.

En España, actualmente, la violencia doméstica es un tema de preocupación social, que ha llegado a ser considerado como un problema de estado y de salud pública. De hecho, este problema está siendo abordado tanto desde la comunidad científica como desde el mundo sanitario, político y social, con el fin de aumentar no solo los recursos sino también el acceso a éstos. Además, se insta a las mujeres a que denuncien su situación.

Sin embargo, sería interesante conocer desde la propia visión de estas mujeres qué factores son los que se presentan como determinantes para que la mujer opte por denunciar o la haga poner fin a la situación en la que se encuentra.

Objetivos: Identificar los factores que influyen en la toma de decisiones por parte de las mujeres maltratadas.

Analizar de qué manera estos factores modulan el comportamiento de las mujeres víctimas de malos tratos.

Determinar cómo influyen estos factores en las relaciones que establecen las mujeres víctimas de malos tratos con los profesionales sanitarios que las atienden.

Metodología: La población a estudio son las mujeres maltratadas de la Comunidad de Madrid atendidas en los Puntos Municipales del Observatorio Regional contra la Violencia de Género. La información se recogió mediante la realización de grupos de discusión y de entrevistas en profundidad.

Resultados: Son varios los factores que influyen en la toma de decisiones por parte de las mujeres que sufren malos tratos, como la existencia o no de hijos a su cargo, la dependencia económica de la pareja, el tipo de maltrato sufrido y, consecuentemente, la ignorancia por parte de la mujer en algunos casos de la existencia de dicho maltrato, etc. pero de entre estos, incluso podríamos decir que dentro de éstos, subyace uno que es el más destacable, común y podríamos decir que es el eje central que modula su comportamiento. Este factor es el miedo.

El miedo se puede considerar una constante y eje central en la vida de estas mujeres que influye en las relaciones que la mujer establece y en la manera en la que se establecen dichas relaciones.

"Lo que pasa es que yo por cobardía y por miedo por mis hijos, a que no se quedasen en la calle y a que no me los quitaran ni nada, no lo hacía (denunciar)."

"Es el miedo, el miedo a sufrir cada día y el miedo a que no se sabe cuándo esa persona va a actuar porque a lo mejor esta tan tranquilo, te hablo por el mío, por mi ex, el mío está tan tranquilo, y de buenas a primeras no sabes, y entonces ya le tienes ahí, y ya le tienes ahí, y no es una persona, es un peso, es el terror, es un...y temes por tus hijos, porque tú lo que quieres es decir, bueno un poco de tranquilidad, y no quieres que esa persona saque el animal que lleva dentro".

"A mí quien realmente me ayudó fue la policía, fue la que me metió miedo para yo poder denunciar, porque yo tengo 3 menores y me dijeron que si no denunciaba, que ellos mismos denunciarían y me apartaban de mis hijos, y entonces ahí fue cuando yo cogí miedo y denuncié"

Discusión: Como profesionales sanitarios que atendemos a este tipo de mujeres, debemos ser conscientes de la situación psicológica en la que se encuentran, y de cómo el miedo hace que se tomen decisiones en uno u otro sentido, para ser capaces de identificar si la mujer nos está pidiendo ayuda cuando acude a nosotros, ya que en muchas ocasiones la mujer no es capaz o no quiere verbalizarlo explícitamente.

**BIBLIOGRAFÍA:**

- Aguar Fernández M. Los profesionales sanitarios ante la violencia doméstica. Index enferm Otoño 2000; Año IX(30):7-10
- Alatorre Wynter E. Violencia familiar y salud. Rev Enferm IMSS 2000 ene-abr; 8(1):51-55
- Berlinger, J S; Violencia doméstica: como puede marcar la diferencia. Nursing marzo 2002; 20(3):8-12
- Berlinger J S; Respuestas a sus preguntas sobre violencia doméstica: ¿por qué no le deja usted ahora mismo? Nursing octubre 1998; 16(8):15-19
- Costa-Pau M. De tal palo, tal paliza. El País 12 de Enero de 2003; Pp.30
- De la Fuente Aparicio D, Salamanca Castro AB, Sánchez Castro S. ¿Se encuentran capacitadas las enfermeras para detectar malos tratos en Atención Primaria? Nure Investigación, nº15, Mayo 2005.
- Iribar A. Radiografía de la española maltratada. El País 9 de Abril 2000; Pp.30
- Lee JR. ¿Por qué no podíamos oír los gritos de Silvia pidiendo ayuda ?Nursing enero 1996;14(1):22-23
- Mazarrasa L et al. Violencia de género y cuidados de Enfermería. Metas de Enfermería dic 2001/ene 2002; 4(10): 52-57
- Medina Meza DP, Martínez Salgado JC, Suarez Rodríguez JC y col. Violencia física y psicológica contra la mujer embarazada. Invest Educ Enferm marzo 2001;XIX(1):18-25
- Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales. Violencia contra las mujeres. Salud XII.. Instituto de la Mujer.
- Muñoz Ruiz ME, García López ML, Madrid Marcos J, Molina Mala J, Reyes Yepes JM. Los malos tratos en la mujer asignatura suspendida en enfermería. Enferm Cientif nov-dic 2000; 224-225:14-17
- Noguero Fernández MC, Solanas Muñoz MP. Pautas de Atención Primaria ante la violencia doméstica. Hygia Mayo-Agosto 2001; Año XIV(48):23-28
- Ruiz-Jarabo Quemada C, Blanco Prieto P. La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Madrid: Díaz de Santos; 2004. 39-40.
- Sánchez Lizcano CM, Suárez Leal DP, Zabala Quintero SL. Del laberinto a la luz: el proceso de cambio que viven las mujeres en una experiencia conyugal violenta. Index Enferm otoño 2000; Año IX(30):12-16

**AUTOR/ES:**

M, Bayón Cabeza; C, Gómez Pesquera; S, López Palacios; RM, García Pardo

**TÍTULO:**

Proyecto de Actualización en Enfermería de Atención Primaria para profesionales de reciente incorporación en el Área 7 de Madrid

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**OBJETIVOS.** General: Conseguir que las enfermeras de reciente incorporación a los Centros de Salud del Área procedentes de Atención Especializada, conozcan las generalidades sobre la Atención Primaria (AP) de Salud, dentro de un proceso de acogimiento e integración. Específicos: Adquirir y clarificar conocimientos sobre las bases conceptuales que apoyan el trabajo enfermero en AP y sobre el papel que desempeña el profesional de enfermería. Desarrollar habilidades propias del trabajo enfermero ante situaciones de salud en el ámbito de la AP

**MÉTODOS.** Ámbito de estudio: 23 Centros del Área 7 de AP. Población Diana: 95 enfermeras de reciente incorporación. Plan de acción: Se organizaron un acto de acogida y presentación y 5 cursos acreditados con 2,6 créditos cada uno, de 15 horas de duración dentro de la oferta de Formación Continuada del Área. Los cursos serían impartidos por miembros de la Dirección de Enfermería. Su desarrollo fue basado en la exposición teórica de conceptos y pilares básicos de la AP: trabajo en equipo en base a programas y protocolos, consulta de enfermería, atención domiciliaria y Educación para la Salud grupal. La aplicación del Proceso Enfermero (PE) se implementó de forma transversal en las exposiciones. El registro en la Historia informática OMI-AP y el abordaje multidisciplinar de la Cartera de Servicios fueron trabajados desde supuestos prácticos. Se utilizó un cuestionario de conocimientos antes - después con 10 preguntas, para la evaluación de los objetivos específicos. Al finalizar la intervención se cumplimentaron las Hojas de Evaluación que recogieron información sobre aspectos organizativos, metodológicos y cualitativos de la actividad y los docentes. Se facilitó un espacio abierto para sugerencias. Análisis de los datos: Los resultados se presentan en medias y desviaciones estándar (DS) para las variables cuantitativas y en frecuencias absolutas y relativas para las cualitativas. Utilizamos la comparación de proporciones para presentar las diferencias entre los resultados arrojados por los cuestionarios antes y después.

**RESULTADOS.** Se realizaron 3 cursos. Participaron el 45% (43) de las enfermeras incorporadas. El 23% (12) que no acudieron provenían de otros Centros de AP. Dos cursos se anularon por falta de quórum. El 100% (43) de las asistentes cumplimentó el cuestionario antes y el 98% (42) después. La media de respuestas correctas en el antes fue 6,02 (DS 1,45) frente al 7,02 del después (DS 1,56). El porcentaje de enfermeras que contestaron bien 4 o menos paso del 11,6 % al 4,7% y para 8 o más correctas, pasó del 18,6% al 40,5%. Tras la intervención el 95,3% contestó correctamente 5 o más preguntas y nadie menos de 4. El 90% (9) de las preguntas incrementaron su porcentaje de respuesta correcta. El 80% (8) de las preguntas alcanzó después, porcentajes de respuesta correcta superiores al 70%, frente al 40% (4) del antes. La duración del curso fue la valoración más baja con un 7,5 (DS 1,5) sobre 10. El resto de los ítems: definición y consecución de objetivos, calidad de contenidos y métodos, fueron valorados por encima de 8, siendo la utilidad y los docentes lo mejor valorado con 9 puntos. La puntuación global media de los cursos fue 8,6.

**DISCUSION.** Las enfermeras expresaron su agradecimiento a la Dirección de Enfermería por su implicación en el proceso de acogida y por su actuación docente en el desarrollo de los cursos, facilitando el conocimiento mutuo y la interacción entre directivos y profesionales asistenciales. Tras finalizar la intervención los conocimientos fueron incrementados y clarificados. En general las enfermeras asistentes expresaron una sensación de tranquilidad y afianzamiento de su nuevo rol como enfermeras que basan su quehacer diario en la atención no sólo al individuo, sino también a la familia y comunidad. La mayoría de los asistentes sugirió la ampliación horaria de la formación y la profundización en temas relacionados con el manejo de la Historia Informática OMI- AP. Pensamos que las enfermeras que no acudieron, no sintieron la necesidad de formación o estimaron suficiente el apoyo ofrecido por las compañeras del Centro.

**BIBLIOGRAFÍA:**

- 1) Subdirección General de Atención Primaria. Manual de Procedimiento de Cartera de Servicios. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2006.
- 2) Martín Zurro. Compendio de atención primaria. 2Ed - Elsevier España - 84-8174-816-1 - 2005.
- 3) Martín Zurro, A. Y Cano Pérez, J.F. Atención Primaria. Conceptos, organización y. práctica clínica. Quinta edición. Elsevier, 2003.
- 4) Subdirección General de Gestión de la Atención Primaria. Circular 5/90 (18-6). Instrucciones para la organización de las actividades del personal de Enfermería de los Equipos de Atención Primaria. Ministerio de Sanidad y Consumo: INSALUD; 1990.

**AUTOR/ES:**

F.J Gala León; M Lupiani Giménez; JL Romero Palanco; A Bernalte Benazet; T Miret García; R Raja Hernández; MC Barreto Romani; S Lupiani Giménez; N Lupiani Cerdeira

**TÍTULO:**

Los Profesionales de Enfermería (P.E.) ante la Clonación Humana

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**INTRODUCCIÓN:** La Clonación nos otorga una potente tecnología que podría llevar -incluso- a producir vida humana por Clonación Reproductiva (CR) (1); Sin embargo contra ésta se pronuncian políticos, religiosos y filósofos, estando la mayoría de la Comunidad Científica y Sanitaria también en contra (2). No obstante algunos defienden su utilización para casos como el tratamiento de la infertilidad, evitar la transmisión de enfermedades hereditarias, crear donantes reservorios de órganos, sustituir un hijo fallecido o la duplicación/perpetuación de alguien excepcional por su genio o inteligencia (3). Tampoco la Clonación Terapéutica (CT) está libre de polémica, provocando reacciones contrapuestas (4) en un debate en el que ha de ser protagonista el PS y el PE, reclamándose desde los Comités Bioéticos Internacionales la objeción de conciencia donde se permita, pues afecta a embriones humanos; debatiéndose si en los primeros estadios el embrión es un ser humano o un preembrión, si es persona sujeto de derechos, si la libertad de investigación está por encima de todo, si la CT se justifica por sus fines beneficiosos -en especial con los embriones supernumerarios de FIVTE- etc (5). En este marco investigamos las Actitudes hacia la CT y CR del PS y, en concreto, del PE (6)

**OBJETIVOS:** a) Mensurar las actitudes del PE hacia la CT y CR objetos de tantas reacciones contrapuestas; b) Establecer con qué otras variables psicosociales correlacionan dichas actitudes.

**MÉTODO:** Se ha utilizado un diseño descriptivo-observacional, transversal, muestral y correlacional (7) en una MUESTRA al azar estratificada (n.c. de  $2\sigma$  -955 por 1000- con un grado de significación de  $p < 0,005$ ) de 551 casos de ambos sexos: 183 médicos y 288 DUEs, más 80 alumnos de Enfermería y Medicina, de los Hosp.Univ. de Pta del Mar y Pto Real en Cádiz (8); a los que se les aplicó de forma voluntaria y anónima, entre otros INSTRUMENTOS, un Cuestionario Sociodemográfico y la Escala "C" -de elaboración propia- que mide las actitudes hacia la Clonación (9), junto a otras Escalas ("R" de Religiosidad, de Raja -10- y "F" de Prejuicios, de Adorno -11-).

**RESULTADOS/DISCUSIÓN:** A) RESPECTO A LA CR, la indecisión conforma la mayoría absoluta, aunque a favor de la CR se decanta un 9,8% de sujetos (bastantes más de los que indican otros estudios internacionales-12-), frente al 22% que está en contra. Medicina está más en contra que el PE, significativamente más a favor. También se manifiestan más en contra los que también son contrarios a la CT y los Creyentes, al margen de su confesionalidad (aunque muchos de los A favor de la CT se oponen a la CR). Estos datos nos hacen reflexionar porqué se dan unos porcentajes tan importantes -con respecto a otras investigaciones- de Indecisión y, sobre todo, de A favor de la CR, especialmente entre el PS y más en el PE, habiendo rechazado rotundamente a la CR la inmensa mayoría de la Comunidad Científica y los Comités Bioéticos Internacionales; y si, en la práctica, los que están A favor participarían en investigaciones y/o utilizarían la CR, aún de forma clandestina. B) RESPECTO A LA CT, el PE se muestra más Indeciso que el de Medicina -dentro de una mayoritaria indecisión- mientras que estos últimos se muestran en mayor medida En Contra de la CT (8,5% vs. 3%) y también Moderadamente En Contra (14,8% vs. 11,6%); evidenciándose más conocimientos del tema en Medicina (aunque todo el PS reconoce que este conocimiento es insuficiente; decantándose los que más conocimientos reconocen tener hacia los extremos de A Favor o En Contra). Se destaca que, en todos los subgrupos, quienes tienen familiares que podrían beneficiarse con la CT son los que están más A Favor de ella; siendo los creyentes quienes más se oponen. Por último, en todos los subgrupos son más los que se manifiestan Totalmente En Contra que Totalmente A Favor. Por ello se constata lo polémico del tema, incluso en el PS y el PE, siendo ésto algo que no debe olvidarse a la hora de Legislar Sanitariamente sobre un asunto acerca del que el propio PS se muestra Indeciso, presenta un escaso porcentaje de Totalmente A Favor y reconoce mayoritariamente no poseer información ni conocimientos adecuados sobre el tema.



**BIBLIOGRAFÍA:**

- 1) Nussbaum M y Sunstein C: Clones y Clones. Hechos y fantasías sobre la Clonación Humana. Madrid: Cátedra, 2000
- 2) Sociedad Internacional de Bioética (Comité Científico): Declaración Bioética de Gijón. Gijón: Grafymak, 2000
- 3) Lupiani M: Actitudes del Personal Sanitario ante la Clonación Humana. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la UCA, 2007
- 4) Márquez D: Células Madre. La revolución de la Biomedicina. Andalucía Investiga, 1:5-10, 2003
- 5) Gala FJ; Lupiani M; Romero JL et al: Dimensiones que estructuran las actitudes del P.S. hacia la Clonación, obtenidas a través de la validación de un Instrumento. IX Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería. Madrid, 2005
- 6) Lupiani M; Gala FJ; Romero JL et al: Evaluation of the attitudes of Medical Staff towards cloning: Scale C. 9<sup>th</sup> European Congress of Psychology. Granada, 2005
- 7) Fortin M: El proceso de investigación. De la concepción a la realización. México: Mc Graw-Hill, 1999
- 8) Gala FJ; Lupiani M; Romero JL et al: The relevance of an analysis of the attitudes of Medical Staff towards human cloning. Presentation of the initial design of a study. 9<sup>th</sup> European Congress of Psychology. Granada, 2005
- 9) Lupiani M; Gala FJ; Romero JL et al: Presentación de un Cuestionario para medir las actitudes del P.S. hacia la Clonación. En JM Alberca (edit.). 9º Congreso Nacional de Ps. Clínica y de la Salud. Libro de Resúmenes (pp 50-53). Madrid: Publicaciones del Centro Clínico los Naranjos, 2004
- 10) Raja R: Inventario de Creencias Religiosas. En R Raja, Influencias de las Creencias Religiosas en las actitudes del P.S. ante la muerte. Tesis Doctoral. Cádiz, 2001
- 11) Pinillos JL: Análisis de la Escala F en una muestra española. Estudio comparativo. Rev. de Ps. General y Aplicada XVIII (70): 1155-1174. Madrid, 1962
- 12) Pardo R: Estudio de las percepciones y actitudes hacia la Biotecnología en Europa. Madrid: Unidad de Estudios de Opinión Pública de la Fundación BBVA, 2003.

**AUTOR/ES:**

González Rubio María José\*, Tamayo Velázquez María Isabel\*\*, Palenzuela Cruz Alfonso\*, Rodríguez González M<sup>a</sup> Carmen\*, García Cisneros Rogelio\*, Rodríguez Muñoz Socorro\*.

**TÍTULO:**

Conocimientos y Actitudes del personal de enfermería en Atención Primaria y Especializada sobre las Voluntades vitales anticipadas

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**OBJETIVOS:** Principal: analizar el Conocimiento y las Actitudes que presentan respecto a las Voluntades vitales anticipadas (Testamento vital) las enfermera/os que trabajan en el Área sanitaria Norte de Málaga.

Específico: Determinar si hay diferencias significativas entre los profesionales de Atención Primaria y Especializada, respecto a las variables analizadas en la encuesta.

**METODO:**

Diseño: Estudio descriptivo transversal, mediante cuestionario validado autocumplimentado.

Población de estudio: Todo el personal de enfermería perteneciente a las áreas de Medicina Interna, Traumatología, Cirugía, Quirófano, Medicina preventiva, Rehabilitación y Centros de salud y Consultorios del Área Sanitaria Norte de Málaga.

Recogida de datos: El personal de enfermería de enlace fue el encargado de entregar y recoger los cuestionarios por los centros de salud y consultorios, mientras que en el Hospital fueron diferentes miembros del equipo investigador los que realizaron esta tarea.

Muestreo: No se consideró oportuno realizar muestreo, se incluyeron todos los sujetos objeto de estudio.

Fecha de realización : las encuestas se realizaron durante los meses de diciembre de 2005 y Enero de 2006 .

Análisis estadístico: Calculamos medidas de frecuencia, hallando el nivel de significación mediante la T de Student para las variables cuantitativas y la Chi-Cuadrado para las cualitativas.

**RESULTADOS:** Se obtuvieron 122 cuestionarios (tasa de respuesta 67%), el 32,8 eran hombres y el 67,2% mujeres, con una edad media de 36,93 (rango: 22-57). El 58,2% de los encuestados pertenecía a Atención Especializada y el 41,8% a Primaria.

En general, la actitud del personal de enfermería hacia las VAs es muy positiva, sin embargo no revelan un alto grado de conocimientos sobre el tema.

Analizadas las encuestas únicamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los dos ítems que exploraban la predisposición a cumplimentar una VA, encontrándose una predisposición significativamente más alta en el personal de enfermería de Atención Especializada que en el personal de Primaria.

**DISCUSION:** Pensamos que la enfermera/o es la persona más adecuada de entre los profesionales de la salud para asesorar, informar y ayudar a manifestar al paciente su Voluntad respecto a los tratamientos y cuidados que quiere recibir en los momentos más graves, cercanos frecuentemente a la muerte. Comparte más tiempo, vivencias y confidencias que otros profesionales y realiza de modo habitual la mediación entre el médico, el paciente y la familia. Este estudio pone de manifiesto la necesidad de desarrollar programas formativos destinados al personal de enfermería acerca de las Voluntades Anticipadas y sobre la forma organizativa que permita a la enfermería incorporar la planificación anticipada como un rol específico de los cuidados de enfermería.

Este estudio forma parte del Proyecto de investigación "Efectividad de un proyecto de intervención comunitaria integral para la cumplimentación y el respeto de las voluntades vitales anticipadas" FIS PI041716

**BIBLIOGRAFÍA:**

Simon Pablo, Barrio Ines Maria ¿Quién decidira por mi?. Coleccion Humanidades Medicas. Triacastela 2004

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE nº 274, de 15 de noviembre de 2002, pp.40126-40132

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE nº 280, de 22 de noviembre de 2003, pp. 41442-41458

Patti J. Greco, Elisabeth J. Lipp. Nurses' Knowledge of Advance directives. American Journal of Critical Care 1998; 7(3): 218-23

Blouneau K, Lavoie M, Valois P, Keyserlingk EW, Hébert M, Martineau I.  
The attitude of Canadian Nurses towards Advance Directives. Nursing Ethics 2000;7(5):339-411

**AUTOR/ES:**

González Rubio María José\*, Gallego Carmona Antonio\*, Tamayo Velázquez María Isabel\*\*, Aguilera Matas María Dolores\*, Parejo García Carmen\*, Roldán Villalba Antonio\*.

**TÍTULO:**

Efectividad de un programa de intervención comunitaria para facilitar la cumplimentación de las Voluntades Vitales Anticipadas (VAs) en

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**OBJETIVOS**

1. Estudiar la efectividad de una intervención comunitaria integral en la población del Área Sanitaria Norte de Málaga (Andalucía), medida con el incremento de Voluntades Vitales Anticipadas (VAs) registradas, aumentando los conocimientos sobre estos documentos por parte de la ciudadanía y los profesionales.
2. Comparar el número de VAs registradas antes y después de las intervenciones realizadas en el Área Sanitaria Norte de Málaga, con la de otra Área Sanitaria de Andalucía (Área Sanitaria Norte de Almería) en el que no se han realizado intervenciones.

**MÉTODO**

Diseño: Ensayo comunitario controlado no aleatorizado. Estudio de intervención con valoración pre y post

Ámbito de estudio: Centros de Atención Primaria y Especializada y tejido social (asociaciones, residencias, centros formativos...) del Área Sanitaria Norte de Málaga

Sujetos: profesionales sanitarios y población general mayores de 18 años residentes en el Área Sanitaria Norte de Málaga.

Intervenciones: 1. Sesiones formativas estandarizadas de Educación para la Salud impartidas por profesionales sanitarios entrenados ("Instructores"), la mayoría enfermera/os.

2. Citas individuales de información y asesoramiento a la ciudadanía.

3. Reparto de material divulgativo (trípticos, tarjetas, guías y carteles) y 4. emisión de cuñas publicitarias y entrevistas a profesionales en emisoras de radio.

Indicadores de resultado, variables:

- Indicadores de actividad: número de sesiones realizadas, participantes y citas individualizadas.

Satisfacción de los participantes, mediante encuesta validada

- Indicadores de efectividad: número de VAs registradas.

**RESULTADOS**

Se han realizado 98 sesiones en las que han participado 1.311 asistentes con una alta satisfacción.

Los instructores han llevado a cabo 84 citas de asesoramiento individual.

Según el Registro de VAs de Andalucía, durante el 2005 se registraron en el Grupo Intervención (Área Sanitaria Norte de Málaga) 28 VAs y 23 en el Grupo Control (Área Sanitaria Norte de Almería). Una vez comenzadas las intervenciones a principios de 2006 y hasta septiembre de 2007, el Grupo control registró 50 VAs mientras que el Grupo Intervención cuenta ya con 140 VAs registradas.

**DISCUSIÓN**

Las personas, cada vez más, quieren y deben tomar parte activa en las decisiones sobre su salud, cuidados y tratamientos y, llegado el momento, sobre como morir dignamente.

La falta de conocimientos legales y científicos limita tanto al paciente como al profesional para asesorar y respetar su voluntad.

Los enfermero/as somos por cercanía, conocimientos y función educadora, los profesionales más indicados para liderar este proceso.

Teniendo una valoración de ambas poblaciones, previa a cualquier intervención, la efectividad esta siendo claramente positiva.

Este estudio forma parte del Proyecto de Investigación "Al final, tu decides" FIS PI041716

**BIBLIOGRAFÍA:**

Simon Pablo, Barrio Ines Maria ¿Quién decidira por mi? Colección Humanidades Medicas. Triacastela 2004

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE nº 274, de 15 de noviembre de 2002, pp.40126-40132

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE nº 280, de 22 de noviembre de 2003, pp. 41442-41458

Patti J. Greco, Elisabeth J. Lipp. Nurses' Knowledge of Advance directives. American Journal of Critical Care 1998; 7(3): 218-23

Blondeau K, Lavoie M, Valois P, Keyserlingk EW, Hébert M, Martineau I.  
The attitude of Canadian Nurses towards Advance Directives. Nursing Ethics 2000;7(5):339-411

e-mail :mjgonzalezr@hotmail.com

<p><b>AUTOR/ES:</b> Serdà Ferrer, Bernat-Carles</p>
<p><b>TÍTULO:</b> "Evaluación de los efectos de un programa de ejercicio físico, sobre la calidad de vida en enfermos de cáncer de próstata."</p>
<p><b>TEXTO DEL TRABAJO:</b> La American College Sports Medicine recomienda alternar el ejercicio aeróbico con un trabajo muscular de fuerza-resistencia en un marco psicosocial saludable. Esta prescripción general puede extenderse a pacientes con cáncer. En este trabajo se presenta una guía de ejercicio físico de fuerza resistencia adaptada al cáncer de próstata. Se incluyen las características y contraindicaciones del ejercicio de fuerza permitiendo su adaptación en los casos de fatiga, incontinencia urinaria, citopenias, metástasis y depresión. Los elementos básicos de estudio son la fatiga, la continencia urinaria y la calidad de vida, así mismo se evalúan los cambios en la fuerza muscular y la composición corporal. El cuestionario de Calidad de Vida utilizado es el (FACT-P), así como el módulo específico de fatiga (FACIT) y de incontinencia urinaria (FACT- UI) . Se consideran también varios factores relacionados con la promoción y adherencia al programa según el modelo integrado de Azjen. El procedimiento seguido corresponde a un diseño experimental con dos grupos de 65 participantes, distribuidos a uno de los dos grupos de forma totalmente aleatoria. A nivel cualitativo se considerará valorar la intervención y analizar la medida de consecución de los objetivos con el diseño de un cuestionario cualitativo. Los resultados principales de este estudio muestran como el programa de fuerza-resistencia disminuye el síntoma de fatiga, mejora significativamente la conciencia y control de la continencia urinaria (T-test: 2,26; la p=0,03) y aumenta la calidad de vida del paciente con cáncer de próstata. Cabe la posibilidad que en la mejora haya influido la atención, control y afecto del profesional durante la aplicación del programa. A pesar del bajo nivel de testosterona circulante, el rendimiento muscular del tren superior e inferior ha aumentado un 42% y 32 % respectivamente. Estos resultados son similares a los observados en la aplicación del programa en hombres sanos mayores de 60 años. Los resultados del programa de fuerza no muestran diferencias significativas en relación a la modalidad y duración del tratamiento. La adherencia al programa ha sido mayor del 75 % del total de sesiones prescritas. Las características principales del programa que contribuyen a alcanzar este porcentaje son la relativa baja intensidad de la carga así como la seguridad, control y supervisión del entrenamiento. La motivación y estimulación de la adherencia de los interesados es fundamental para mantener los efectos a largo término. Una nueva generación de estudios debería interesarse en identificar los cambios a nivel de tejido de masa magra en relación al tejido graso. Esto podría realizarse comparando un programa de ejercicio aeróbico versus el de fuerza-resistencia en pacientes que sufren cáncer de próstata. También en los mecanismos concretos que suponen una mejora de la CdV a través del ejercicio, así como por el "timing" en el que el ejercicio disminuye el riesgo y recurrencia del cáncer. Así mismo deben determinarse concretamente los parámetros de ejercicio más adecuados contra el cáncer (tipo, frecuencia, intensidad, duración y contexto). El resultado principal de un programa de estas características, es una mejora general de la calidad de vida (CdV) mediado indirectamente por la disminución de la fatiga. Así mismo, destacamos la mejora de la continencia urinaria y la fuerza- resistencia muscular</p>

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. Adamsen, L., Midtgaard, J., et al. (2003). Feasibility, Physical capacity, and health benefits of a multidimensional exercise program for cancer patients undergoing chemotherapy. *Support Care Cancer*. 2003. 11:707-716.
2. American College of Sports Medicine: ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription (ed6) (2000). Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins.
3. Blasco, T. (2000). Modelos teóricos de adherencia al ejercicio: algunas consideraciones críticas. *Revista de Psicología social Aplicada*. 2000. V10, N1.
4. Burnham, T., Wilcox, A. (2002). Effects of exercise on physiological and psychological variables in cancer survivors. *official journal of the American College of Sports Medicine*. 2002. 1863-67.
5. Cancer Care Ontario. (2002). Maximal Androgen Blockade for the Treatment of Metastatic Prostate Cancer. Toronto, Canada.
6. Courneya, K., Friendreich, C., et al (2003). The group psychotherapy and home-based physical exercise (group-hope) trial in cancer survivors: Physical fitness and quality of life outcomes. *Psycho-Oncology*. March 2003. 12:357-374.
7. Dimeo, F., Schwartz, S. (2003). Effects of endurance training on the physical performance of patients with hematological malignancies during chemotherapy. *Support Care Cancer*. 11:623-628.
8. Evans, W. (2002). Physical function in men and women with cancer. *Oncology*. September 2002. V.16 N.9. suppl 109-115.
9. Krupp, Lauren, B. (2003). *Fatigue*. Philadelphia. Butterworth Heinemann.
10. Morag, Farquhar. (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. *Jour of adv nursing*. 1995. V.22, N.3, 502-508.
11. Mock, V., Cella, D. et al. (2003) Cancer-related Fatigue (V.1.2003). NCCN (National Comprehensive Cancer Network).
12. Pate, R. (1995). Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and prevention. *The American College of sports Medicine*. V273, N5, 402-7.
13. Porock, D. Kristjanson, L. (2000). An exercise intervention for advanced cancer patients experiencing fatigue: a pilot stud

## Póster/Poster 51

**AUTOR/ES:**

Fernández Díaz, M<sup>a</sup> Angeles; Rodríguez García, Marta; Aparicio Goñi, Idoya; Tovar Reinoso, Alberto

**TÍTULO:**

Enseñar o Aprender. A.B.P. vs Aprendizaje tradicional

**TEXTO DEL TRABAJO:****OBJETIVO PRINCIPAL:**

Realizar un análisis comparativo de carácter cuali-cuantitativo entre el ABP y el aprendizaje tradicional.

**MÉTODO:**

El proyecto se llevará a cabo en la EUE Cruz Roja sobre los alumnos de 2º curso matriculados en la asignatura de Documentación y Sistemas de Información Sanitarios (2007/08). Es un estudio experimental, con carácter longitudinal y prospectivo. La selección poblacional será aleatoria en dos grupos diferentes del mismo tamaño, sobre los que se trabajará siguiendo las dos metodologías referidas (ABP – Modelo tradicional) con dos profesoras distintas. Las variables a estudio serán: cuantitativas ( Resultados finales y Asistencia a clase) y cualitativas ( Autoevaluación de los alumnos, evaluación del tutor y nivel de satisfacción del proceso formativo).

Los instrumentos de recogida de datos serían: una prueba escrita final que contemple las dos metodologías docentes para la totalidad de la muestra y un registro de asistencia. A nivel cualitativo, una encuesta autoadministrable en modelo normalizado que incluya aspectos de satisfacción, de autobaremo y de evaluación del profesorado.

Para el análisis cuantitativo de los datos, se utilizará el programa SPSS v.10; y el análisis cualitativo se realizará mediante el tratamiento del discurso con el programa QRS-Nudist.

**DISCUSIÓN:**

Los buenos resultados obtenidos en el curso 2006/07 de una intervención puntual en ABP en la misma asignatura, nos ha animado a ampliar el proyecto evaluando no sólo los aspectos cuantitativos, sino también los cualitativos; y haciéndolo extensivo a todo el programa de la asignatura.

Comprobamos que los conocimientos adquiridos por los alumnos se consolidaron correctamente y fueron capaces de integrarlos en el contexto de otras asignaturas. En un proceso de ABP los alumnos adquieren la responsabilidad de aprender y de crear “alianzas” entre alumno-profesor. Los tutores incrementan la motivación de los estudiantes presentando problemas reales y utilizando la retroalimentación. Los alumnos dejan de ser “recipientes vacíos” o receptores pasivos de información y las exposiciones del profesor ya no se basan en la comunicación unidireccional. Los nuevos requerimientos exigidos por el Marco del Espacio Europeo de Educación Superior enfocan nuestra práctica diaria hacia la implantación de nuevas metodologías docentes. El ABP puede suponer una estrategia de elección en este nuevo marco de actuación.

Esta experiencia suponemos servirá como elemento motivador entre el profesorado de la Escuela, además de ser un “entrenamiento eficaz” para la implantación y adaptación a los nuevos planes de estudio. Los resultados pondrán en evidencia las necesidades formativas y puntos fuertes del equipo docente.

Aprender en ABP supone también Enseñar en Competencias. La adquisición de estas últimas supone una integración entre el “Saber” “Saber ser” y “Saber hacer”.



## **BIBLIOGRAFÍA:**

Terán Y, Gallegos V, López JG, Kirkby B. Una Experiencia de implementación del Aprendizaje Basado en Problemas en la Licenciatura de Enfermería. *Desarrollo Científ Enferm.* 2007; 15 (5): 225-230.

Arts JAR, Gijsselaers VH and Segers SR. Cognitive effects of an authentic computer-supported, problem-based learning environment. *Instructional Science.* 2002; 30:465-495.

Schmidt HG, Moust JHC. Factors affecting small-group tutorial learning: A review of research. In Evensen, DH and Hmelo, CE; Eds. *Problem-based learning. A Research perspective on learning interactions.* Mahwah: Lawrence Erlbaum; 2000, p. 1-16.

El Aprendizaje Basado en Problemas como técnica didáctica. ITESM. (en línea) Dirección de Investigación y Desarrollo Educativo de la Virrección académica del Instituto Tecnológico y Estudios Superiores de Monterrey. URL disponible en: <http://www.sistema.itesm.mx/va/dide/inf-doc/estrategias/>

Moust JHC, Van Berkel HJM and Schmidt HG. Signs of erosion: Reflections on three decades of problem-based learning at Maastricht University. *Higher Education.* 2005; 50: 665-683.

Pedraz A, Oter C, Palmar A, García A, Antón MV, Alcolea MT. Impacto del aprendizaje basado en problemas en la formación práctico clínica de los estudiantes de enfermería. *Nure Investigación [Revista on-line]* 2005 [acceso Marzo 2007]; N° 19; 1-12. Disponible en: [www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/INV\\_NURE/PROYECTO19.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/PROYECTO19.pdf) -

**AUTOR/ES:**

M<sup>a</sup> ANGELES CIDONCHA MORENO, CAMINO CAMPO MARTÍNEZ

**TÍTULO:**

EVOLUCIÓN DE LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA POBLACIÓN

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**Introducción:**

Los cambios demográficos, de morbi-mortalidad, el aumento de tecnologías y las crecientes exigencias del usuario, han hecho que en el sector sanitario se esté produciendo un cambio en la demanda de servicios. Analizar la actividad asistencial del Hospital ayuda a hacer patentes los cambios producidos por las necesidades de salud de la población atendida y el impacto que ello ocasiona en el sistema sanitario.

**Objetivo:**

Comparar la actividad asistencial realizada en el Hospital Santiago Apóstol de Vitoria-Gasteiz en el año 2000 y en el año 2005, con el propósito de analizar la evolución del perfil de su usuario. Conocer la evolución de la plantilla de enfermería durante estos años.

**Material y Método:**

- Estudio descriptivo retrospectivo de la actividad asistencial realizada en el Hospital Santiago Apóstol de Vitoria-Gasteiz entre los años 2000 y 2005
- Estudio descriptivo del personal de la división de Enfermería durante los años 2000 y 2005
- Estadística mediante porcentajes
- Variables a estudio:
  - Análisis de la actividad asistencial: Edad de los pacientes, número de ingresos, estancia media, etc.
  - Análisis de recursos humanos: número de personal asignado a la Dirección de Enfermería en los diferentes estamentos.

**Resultados**

Asistimos a un cambio en los pacientes que se atienden en el HSA, debido fundamentalmente a dos factores: edad de los pacientes y complejidad en los procesos.

Existe un incremento desde el año 2000 en el número de Ingresos (en el año 00 fueron 10.902 y en el año 05 fueron 12.280) y un descenso de la Estancia Media (año 00 estancia media de 6,41 y en el año 05 de 6,07)

En el año 00 la complejidad acumulada de los procesos atendidos fue de 16.518 y en el año 05 de 17.360

El número de personal sanitario asignado a la división de enfermería ha aumentado (enfermeras, auxiliares y celadores) entre el año 2000 y 2005 siendo en el año 00 de 486 personas y en el año 05 de 537 personas.

**Conclusiones**

Los resultados encontrados manifiestan cambios cuantitativos y cualitativos con relación al perfil de los pacientes.

El aumento de expectativa de vida de la población ha incrementado la edad del usuario ingresado en el HSA.

Se observa que junto a la disminución de la estancia media, al aumento progresivo de ingresos y al aumento de la complejidad de los procesos, se ha producido un aumento de profesionales en la plantilla de enfermería.

La atención sanitaria es un derecho universal y gratuito; para dar respuesta a esta demanda asistencial es necesario establecer medidas ajustadas a las necesidades del usuario que contribuyan a maximizar la calidad del proceso asistencial.

**BIBLIOGRAFÍA:**

- .- Memoria de actividad asistencial 2005 Hospital Santiago Apóstol de Vitoria-Gasteiz.
- .- Ocaña Colorado MA, Poves Francés M, Blanco Prieto RM, Alcarria Villanueva MA, Hidalgo Montalvo V, De Dios Rubio R. "Evolución y desarrollo de las unidades de enfermería en nuestro Hospital. Año 1991/2001. Libro de las XIII Jornadas Nacionales de Supervisión de Enfermería. Gestión de Enfermería nuevos espacios. Madrid 8-10 de Mayo de 2002 Pag: 293-304.
- .- Cebrían Picazo F. "Una nueva función para la enfermería". Metas de enfermería. 2005; 8(9): 76-77
- .- Feito Grande L. "Los cuidados en la ética del siglo XXI". Enfermería Clínica. 2005;15(3):167-74

**AUTOR/ES:**

Pujades Clar M, Sellès Mestre M, Sastre Arbós R.

**TÍTULO:**

Intervención grupal en incontinencia urinaria en atención primaria.

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**OBJETIVOS:**

Describir las mejoras que perciben las usuarias en cuanto a la incontinencia urinaria de grado leve y moderado tras una intervención de educación grupal en atención primaria.

**MÉTODOS:**

Estudio descriptivo. Se incluyen 49 mujeres que padecen pérdidas de orina o algún tipo de prolapso y que participan en grupos de educación para la salud. Se realizan 7 grupos con 8 mujeres en cada uno, acudiendo a 6 sesiones semanales de 40 minutos cada una. Contenidos: causas de incontinencia urinaria, ejercicios (hipopresivos, Kegel) y cuidados. Recogida de datos mediante cuestionario previo al inicio de la intervención y al finalizar que recoge las siguientes variables: edad, paridad, tipo incontinencia, prolapso, mejora de la sintomatología.

✓ **RESULTADOS**

Edad media 46 años (35 – 57) Paridad media: 2 hijos. Tipos incontinencia: esfuerzo (69,4%), mixta (18,4%), urgencia (0%), sólo prolapso (12,2%). El 74% acude a todas las sesiones de educación grupal. El 43% realizan los ejercicios recomendados a diario, el 55% a días alternos durante la intervención educativa.

Sintomatología. Se expresa en primer lugar el porcentaje al inicio de la intervención y en segundo lugar el porcentaje a las 6 semanas: orina más de 8 veces/día: 52% - 38%; más de 3 horas sin orinar: 44% - 38%, sensación de urgencia: 51% - 34%; no llega a tiempo al WC: 61% - 87%, mucha cantidad de pérdida de orina: 87% - 34%.

Percepción de mejora de la incontinencia en el 67% de las mujeres, de mejora parcial 31,3%, persiste la incontinencia 2% de las mujeres, éstas son derivadas a visita médica para valoración clínica.

**CONCLUSIONES:**

Las mujeres participantes en los grupos manifiestan una mejora en la sintomatología y en su percepción de mejora de la incontinencia. Teniendo en cuenta el bajo coste que ello supone, la inocuidad y las mejoras que se han producido y aunque no se tienen datos suficientes para demostrar la efectividad de dicha intervención consideramos que las mujeres pueden beneficiarse de la educación grupal en la prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria. Sería necesario realizar nuevas investigaciones para demostrar la efectividad de dichas intervenciones e implantarlas de manera más generalizada.

**BIBLIOGRAFÍA:**

Palabras clave: incontinencia urinaria, educación grupal, educación para la salud

## Póster/Poster 57

**AUTOR/ES:**

García J, Lara A, Rodríguez MD, Roldán M, Villaplana MT, Iglesias TM, Jiménez JM

**TÍTULO:**

ABORDAJE RADIAL EN EL CATETERISMO CARDIACO: ¿ES SEGURO SU USO EN PACIENTES DEL ÁMBITO RURAL?

**TEXTO DEL TRABAJO:****Introducción:**

El abordaje radial en los estudios hemodinámicos ambulatorios reduce el número de ingresos sin aumentar las complicaciones. Los estudios al respecto demuestran su utilidad, pero siempre enfocado a pacientes (P) en los que existe cercanía a un centro hospitalario. Menos estudiado está su seguridad en P del ámbito rural en los que no existe hospital cercano para atender posibles complicaciones.

**Resultados:**

Se realizó un cateterismo cardiaco en 100 P ambulantes del medio rural. Se adjuntó un protocolo de autocuidado de uso sencillo al alta en todos los P. Se usó una dosis fija de Heparina. La edad media de los P fue  $66 \pm 10$  años, el tiempo de compresión fue de  $4.3 \pm 0.5$  horas. La distancia del domicilio del P al Hospital era de  $56.7 \pm 28$  km y de  $7.3 \pm 7.4$  km al Centro de Salud. El acceso vascular fue el 72% radial derecha, el 25% radial izquierda y el 3% cubital. El 96% de los P fueron dados de alta tras la retirada del vendaje compresivo a las 4 horas y en un 4% hubo que realizar un nuevo vendaje por sangrado, que se retiró en todos los casos 2 horas más tarde. En el contacto telefónico realizado a las 48 horas, se objetivó un P con hematoma leve.

**Conclusión:**

El cateterismo transradial en el paciente ambulante es seguro, a pesar no disponer de asistencia sanitaria especializada en su lugar de residencia. Se evita el ingreso hospitalario, reduciendo costes sanitarios, fomentando el autocuidado del paciente con medidas sencillas de vigilancia.

**BIBLIOGRAFÍA:**

Elizaga, J. Acceso por vía radial: ¿debería ser más utilizado?.

Cardiología Invasiva. Servicio de Cardiología. Hospital General Gregorio Marañón. Madrid. Rev Esp Cardiol 2003; 56: 124 - 127

Gómez M, Pereira B, Guillén P, Martínez M., Vázquez A, Amoedo B et al. Tiempos de hemostasia en el cateterismo cardíaco transradial con introductor 5F. Enferm Cardiol 2006; Año XII (36): 31-34.

Sanmartín M, Argibay V, Cuevas D, Ruiz-Salmerón R, Goicolea J, Gómez M. Complicaciones vasculares asociadas al acceso transradial para el cateterismo cardíaco. Rev Esp Cardiol 2004; 57: 581 - 584

**AUTOR/ES:**

J.C. DE LA TORRE MONTERO, E. ARROYO MORA, M. BARRIO GARCÍA, D. B. DE LA MORENA DE LA FUENTE ,E. MARCOS CÁCERES, V. MONSALVE PLAZA.

**TÍTULO:**

PROYECTO DOLOX:DE LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA A LOS CUIDADOS MÉDICOS.

**TEXTO DEL TRABAJO:**

El Proyecto DoLOx se enmarca en la investigación de enfermería con el propósito de mejorar el cuidado de los pacientes oncológicos en sus tratamientos de quimioterapia. Hay algunos medicamentos quimioterápicos que producen dolor a su paso por la vía periférica. Es el caso de Oxaliplatino, un derivado del platino que, en la práctica clínica habitual hemos venido observando la aparición de dolor al infundirlo por vía periférica.

El objetivo por un aparte, es la valoración y caracterización clínica del dolor, y por otra, la realización de un plan de cuidados específicos de enfermería que permita la adecuada elección del catéter a utilizar, planteando además, la posibilidad del uso de analgesia que nos permita controlar este tipo de síntomas.

Tras la realización de un estudio piloto en el año 2005, planteamos un estudio descriptivo, observacional, realizado durante el año 2006, incluyendo a 75 pacientes y realizando 175 encuestas. Incluimos a pacientes con tumores digestivos de ambos sexos en tratamiento con Oxaliplatino infundido a través de vía periférica, en tratamiento en Hospital de Día de Oncología. Se ha registrado el grado de dolor según criterios CTC v3, valoración en Escala Visual de Dolor antes, durante y después de la infusión y otras variables tales como la presencia de flebitis, exudación y eritema, como signos claves para la correcta valoración del dolor.

Además, valoramos en escala ECOG a los pacientes y realizamos una encuesta demográfica que enmarca el perfil de los pacientes estudiados. La base de datos se ha realizado en Appleworks y el análisis con SPSS.

La mediana de duración de la disestesia en horas es de 96 horas. El comienzo del dolor sucede pasados 154 ml de Oxaliplatino de media; El 42,7% de pacientes refiere dolor moderado a intenso. Otros síntomas concomitantes: Flebitis: 27,6 % de los casos. Exudación: 34,6 %. Eritema: 48,4 % en las infusiones de Oxaliplatino.

Después del DoLOx se hace necesaria una revisión de los cuidados dispuestos para los pacientes en tratamiento con Oxaliplatino infundido a través de vía periférica, bien a la hora de elegir una canalización adecuada, bien a la hora de elegir una pauta analgésica que modifique los altos grados de dolor.

Se demuestra que los pacientes refieren un dolor intenso después de la infusión con Oxaliplatino infundido a través de vía periférica, y que se prolonga durante unos cuatro días. Los pacientes presentan síntomas asociados importantes (eritema, exudación y flebitis).

Los caminos a seguir, para evitar que los pacientes sufran este dolor, son a nuestro juicio, dos:

-Por una parte, la colocación de un catéter venoso central. Es lo ideal en pacientes en los que se prevea más de una línea de quimioterapia en un corto espacio de tiempo y/o que tengan un sistema venoso periférico deficitario.

-Por otra parte, la pauta de analgesia que contrarreste este dolor, con medicación específica para la neurotoxicidad. Esta última idea nos lleva a plantear el estudio DoLOx III, con la activa participación de los oncólogos médicos que pautan Oxaliplatino en sus tratamientos, a fin de mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

**BIBLIOGRAFÍA:**

Diaz-Rubio E, Sastre J, Zaniboni, et al. Oxaliplatin as single agent in previously untreated colorectal carcinoma patients: a phase II multicentric study. ANN ONCOLOGY 1998; 9: 105-8.

Machover D, Diaz Rubio E, de Gramont A, et al. Two consecutive phase II studies of oxaliplatin (L-OHP) for treatment of patients with advanced colorectal carcinoma who were resistant to previous treatment with fluoropyrimidines. ANN ONCOLOGY 1996; 7:95-8.

Baker. Oxaliplatin, a new drug for the treatment of metastatic carcinoma of the colon or rectum. REVIEWS IN GASTROENTEROLOGICAL DISORDERS VOL 3 NO. 1 2003.

Ramesh et al. Safety and toxicity analysis of oxaliplatin combined with fluorouracil or as a single agent in patients with previously treated advanced colorectal cancer. JOURNAL CLINICAL ONCOLOGY, VOL 21, ISSUE 15 (AUGUST) 2003: 2904-2911.

Kemeny et al. Randomized multicenter phase II trial of bolus plus infusional fluorouracil/leucovorin compared with fluorouracil/leucovorin plus oxaliplatin as third line treatment of patients with advanced colorectal cancer. JOURNAL CLINICAL ONCOLOGY 2004, 22(23):4701-9.

Ducreux et al. hepatic arterial oxaliplatin infusion plus intravenous chemotherapy in colorectal cancer with inoperable metastases: a trial of the gastrointestinal group of the *fédération nationale des centres de lutte contre le cancer*. JOURNAL CLINICAL ONCOLOGY, JCO.2005.05.120.

De Gramont A, Figer A, Seymour M, et al. Leucovorin and fluorouracil with or without oxaliplatin as first-line treatment in advanced colorectal cancer. JOURNAL CLINICAL ONCOLOGY 2000; 13 (Suppl 5) :2.

Baur et al, .Extravasation of oxaliplatin. Clinical course. ONKOLOGIE 2000, VOL23, NO.5  
GRUPO TTD. Documento de consenso sobre el tratamiento de cáncer colorectal. Madrid, Dic 2005. España.

**AUTOR/ES:**

M.C. Folguera Álvarez, E. Corral Agüero, C. Gallardo Rodríguez, D. Toledo Gómez, T. Hernández de las Heras

**TÍTULO:**

REGISTRO EN OMI-AP DE LA VALORACIÓN DE LOS PIES EN PACIENTES CON DIABETES DE UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**INTRODUCCIÓN**

En diferentes estudios de calidad que han evaluado los registros referentes al vigilancia de los pies se ha visto que los resultados son bajos. Con el presente estudio se hace una valoración del registro del examen de los pies, pulsos periféricos y sensibilidad, de los pacientes diabéticos de nuestra zona de salud registrados en el programa informático OMI-AP.

El estudio se ha realizado en una Zona Básica de Salud rural de Atención Primaria de nivel medio-socioeconómico.

**OBJETIVOS**

- Conocer el grado de cumplimiento del registro de la valoración de los pies en los pacientes con diabetes en nuestra Zona Básica de Salud .
- Valorar la importancia que el personal de Atención Primaria da al registro del examen de los pies con diabetes.

**MATERIAL Y MÉTODO**

La población estudio son los pacientes incluidos en Protocolo de Atención a Pacientes con Diabetes, registrados en OMI-AP, desde Mayo del 2000 hasta Febrero del 2004, siendo en total 853 pacientes, procesándose los datos con el programa OMI-Estadística.

Se ha valorado examen de los pies observando aspecto de la piel, coloración, temperatura, edemas, alineación de los dedos, uñas e higiene de los pies, considerándose normal cuando no existe ninguna alteración y anormal cuando existe alguna alteración.

También se han valorado pulsos periféricos, considerándose normal la presencia de los mismos y anormal su ausencia.

La sensibilidad táctil se ha valorado normal si esta presente a la presión en varias zonas del pie y anormal si no existe.

**RESULTADOS**

Se ha cumplimentado el examen de los pies en 276 pacientes (32,35%), encontrándose alguna anomalía en el examen en 16 pacientes (5,79%).

Pulsos periféricos se ha cumplimentado en 268 pacientes (31,41%), encontrándose ausencias de los pulsos en 8 pacientes (2,98%).

La sensibilidad táctil, se ha cumplimentado en 213 pacientes (24,97%), existiendo alguna anomalía de la sensibilidad en 11 pacientes (5,16%).

**DISCUSIÓN**

Dada la importancia que tiene la valoración de los pies en los pacientes con diabetes, a nivel preventivo, seguimiento y actuación, la cumplimentación de los registros es baja, como en otros estudios ya realizados.

**BIBLIOGRAFÍA:**

J.Merinel.lo Roura, J.L.Blanes Monpó et al. Tratado del pie diabético. SEACV.

J. Viadé Juliá. Pie diabético. Roche.

J.Parrilla Saldña, JA. Sulfo Aboza et al. Control de calidad en diabetes mellitus no insulino-dependiente. Estudio comparativo en dos Centros de Atención Primaria. Revista Rol de Enfermería. Noviembre 1996.

Curso-Taller sobre heridas crónicas y materiales de cura húmeda 24-27 Junio 2003. Atención Primaria Imsalud Madrid.



**AUTOR/ES:**

DR. ALVARO BERNALTE BENAZET; SRA. ANA MARÍA GOMEZ LÓPEZ; SR. ANGEL FERNÁNDEZ NISTAL; DR. JESUS DÁVILA GUERRERO; SRA. MARÍA ENCARNACIÓN SANCHEZ; SR. CEFERINO PRIETO

**TÍTULO:**

Inicio de la revisión de dos años de investigación sobre la enfermería de enlace

**TEXTO DEL TRABAJO:**

1 Introducción.

El presente trabajo corresponde al inicio del proceso analítico sobre un sistema de declaración de casos propio, establecido en el Área de gestión sanitaria del Campo de Gibraltar, desarrollado durante los años 2004, 2005, 2006 y 2007, y subvencionado por la consejería de salud de la junta de Andalucía.

2. Objetivos.

1º Comparación del grupo de cuidadores y enfermos de las poblaciones valoradas en los dos periodos de seguimiento, a saber, de 1 de febrero del 2005 a 31 de enero del 2006, y de 1 de febrero del 2006 a 31 enero 2007.

2º Comparación entre los dos periodos de las personas valoradas que no necesitan cuidados

3º Comparación de la distribución por grupos de edad y sexo de ambas poblaciones

4º Comparación del nº de etiquetas diagnósticas empleadas en los diferentes casos, en cada uno de los grupos

5º Estudio del riesgo atribuible al factor ser mujer en las etiquetas de mayor incidencia

3. Métodos.

Este estudio se ha desarrollado en el Área de gestión sanitaria del Campo de Gibraltar; el universo han sido las personas valoradas por primera vez (incidencia o casos nuevos) por los enfermeros de enlace de dicha Área tanto dependientes como cuidadores; los dos periodos han sido: del 1 de febrero del 2005 a 31 de enero del 2006, y del 1 de febrero del 2006 a 31 enero 2007. Han participado personal del SAS y profesores de la Universidad de Cádiz. Se ha utilizado un sistema propio de declaración de casos ( que se ha modificado en el segundo período) y una base de datos propia basada en un cuestionario creado mediante epiinfo 2000

4. Resultados.

De la comparación entre ambas poblaciones podemos observar que:

\* entre los cuidadores, en el segundo período han aumentado levemente lo hombres;

\* entre las personas valoradas han disminuido los que no necesitan cuidados;

\* la distribución por edad y sexo son parecidas, solo varían porque los grupos extremos han sido estudiados de forma diferente;

\* en cuanto al nº de etiquetas por caso, apenas hay diferencias;

\* por último el riesgo atribuible nos indica que ser mujer tiene mayor incidencia en las principales etiquetas diagnósticas

5. Discusión.

El aumento del grupo de cuidadores nos parece algo ha destacar, varones ha aumentado, también el hecho de que las personas valoradas que no requieren cuidados han aumentado. Hemos podido comprobar como ese grupo de edad (85 o +) tan importante en el 2005- 2006, tenía otra apariencia cuando lo desglosábamos.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

Alfaro, R.(1988). "Aplicación del proceso de Enfermería". Barcelona. Ed. Doyma.

Bernalte, A.; Fernández, R.; y cols. (1997). "Enfermería en Atención Primaria". Cádiz. Servicio Andaluz de Salud.

Bernalte, A.; Olmedo,J. y cols. "Programa de Visita Domiciliaria como resultado de una consultoria". Revista Enfermería Científica.

Bernalte, A.; Miret, M. T. (2005). "Manual de enfermería comunitaria". Buenos Aires. Editorial Libros en red.

Carpenito, L. J.(1987). "Diagnóstico de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica". Madrid. Ed. Interamericana McGraw-Hill

Durán, M. (1993). "Diagnósticos enfermeros". Revista ROL nº 182, Barcelona. Octubre .

Gómez, L. I.; y cols. (1991). "Enfermería y Salud Pública" en PIEDROLA, G. "Medicina Preventiva y Salud Pública". Barcelona. Ed. Masson-Salvat.

Horovitz, J. (1990). "La calidad del servicio. A la conquista del cliente". Madrid . Ed. McGraw-Hill.

Ignatavicius, D.; Varner Bayne, M. (1991). "Enfermería Médico-Quirúrgica. Planteamiento para mejorar el proceso en enfermería". Vol I. Méjico. Interamericana McGraw-Hill.

**AUTOR/ES:**

Herrera-Espiñeira C, Godoy Montijano A, García Priego A, Pérez Abela A, Rodríguez del Aguila MM, Fernández Valdivia A, Gómez Rodríguez J., Gorlat Sánchez B, Rodríguez del Castillo M,.

**TÍTULO:**

EFECTO DE UN PROGRAMA DE ATENCION TELEFONICA TRAS EL ALTA HOSPITALARIA

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**OBJETIVO GENERAL**

Determinar el impacto de un programa de atención telefónica sanitaria tras el alta hospitalaria en pacientes intervenidos de cirugía traumatológica.

**HIPOTESIS**

El programa puede resolver dudas sobre los cuidados al alta, disminuir el nivel de ansiedad de los pacientes, el número de reingresos, de visitas al médico de atención primaria y a los servicios de urgencias.

**METODOLOGIA**

Se realizó un estudio experimental controlado y aleatorizado con 302 pacientes en el grupo de casos y 302 en el grupo control intervenidos de cirugía traumatológica programada en el Hospital Virgen de las Nieves de Granada. Al grupo experimental se les ofertó la posibilidad de consultar telefónicamente, durante el mes tras el alta y tres horas al día, las dudas o problemas a un enfermero, que podía derivar la consulta al traumatólogo. Durante la estancia en el hospital se recogieron variables sociodemográficas y clínicas y a los 30 días tras el alta se contactó telefónicamente para conocer la existencia de reingresos, número de visitas al médico de familia y a los servicios de urgencias relacionados con su reciente intervención quirúrgica. También se administró el "Test heteroevaluado de ansiedad de Zung".

Análisis de datos descriptivo, Regresión Lineal bivalente y Multivalente, con control de variables de confusión.

**RESULTADOS**

En el análisis descriptivo es destacable que en las mujeres la media de edad fue de 63 años, con un nivel de ansiedad de 30 y en los hombres de 47 años y dos puntos menos en el nivel de ansiedad. La diferencia es estadísticamente significativa. El 91% de los pacientes tenían cuidador y en el 79% de los casos éste era mujer.

De los 302 pacientes a los que se les ofertó el programa, 73 (el 23%) utilizaron el servicio de atención telefónica, de los cuales 45 por problemas con las indicaciones a realizar tras el alta, etiquetado según diagnóstico NANDA como "manejo inefectivo del régimen terapéutico". Más del 93% de las consultas telefónicas se realizaron en los primeros 15 días.

Sólo el número de visitas a urgencias estuvo influido por la implementación del programa. a igualdad de la otra variable, el nivel de ansiedad, incluida en el modelo final con Regresión Lineal Multivalente. El grupo con atención telefónica registró 30 visitas a los servicios de urgencias, un 62% menos que el grupo sin atención telefónica,

Un 95% de los pacientes consideraron que disponer de éste servicio fue tranquilizador para ellos, aunque los niveles de ansiedad no experimentaron disminución significativa respecto a los controles.

**DISCUSION**

Es posible que la disponibilidad de un teléfono móvil en vez de fijo y la existencia en Andalucía de atención telefónica los fines de semana a pacientes frágiles con el programa Salud Responde, hayan limitado el número de consultas, que podría ser más alto si no se dan éstas circunstancias. La implementación en el sistema sanitario de un programa similar puede evidenciar deficiencias solucionables, mejorar la continuidad asistencial, disminuir la presión asistencial en urgencias y solucionar problemas al paciente.

**PALABRAS CLAVE:**

Gestión sanitaria, atención al usuario, listas de espera, desarrollo de programa, continuidad de la atención al paciente, alta del paciente, teléfono.

**BIBLIOGRAFÍA:**

Currell R, Urquhart C, Wainwright P, Lewis R. Telemedicina versus atención al paciente cara a cara: efectos sobre la práctica profesional y los resultados de la atención a la salud. [citado 15 May 2007]. En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

Jerant AP, Azari R, Martinez C, Nesbitt TS. A randomized trial of telenursing to reduce hospitalization for heart failure: patient-centered outcomes and nursing indicators. Home Health Care Serv Q 2003;22(1):1-20.

Jones JS, Young MS, Lafleur RA, Brown MD. Efectiveness of an organized follow-up system for elder patients released from the emergency department. Acad Emerg Med 1997 Dec;4(12):1147-52.

Lusilla Palacios MP. Psicometría de la ansiedad: un estudio comparativo de las escalas de ansiedad heteroevaluadas de Hamilton, Zung y AMDP-AT [tesis doctoral]. Facultad de Medicina. Univ Zaragoza.;1993.

Mistiaen P, Poot E. Seguimiento telefónico iniciado por un profesional de la salud en el ámbito hospitalario para problemas posteriores al alta en pacientes que regresan a su domicilio. [citado 15 May 2007]. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Robb N. Telecare acting as an "electronic grandmother" for New Brunswickers. CMAJ 1996 Mar 15; 154(6): 903-4.

Wasson J, Gaudette C, Whaley F, Sauvigne A, baribeau P, Welch HG. Telephone care as a substitute for routine clinic follow-up. JAMA 1992 Apr 1; 267 (13):1788-93.

**AUTOR/ES:**

Godall, Maria; Pallarés, Angela; Rifa, Rosa; Pérez, Costa, Lluís Isabel; Vila, Carmen; Oliver, Cristina; Duran Marius;

**TÍTULO:**

Detección de las necesidades alteradas de la población inmigrante en Atención Primaria

**TEXTO DEL TRABAJO:**

En nuestro contexto global, la migración constituye un fenómeno poliédrico de gran relevancia al que también hay que dar respuesta desde la sanidad. Ofrecer una correcta atención a la población inmigrante requiere una aproximación y un mayor conocimiento de la situación. La detección de sus necesidades nos permitirá una mejor y más amplia planificación de la salud de este colectivo.

1.- Objetivo: Identificar las necesidades alteradas y los diagnósticos de enfermería NANDA más prevalentes, vinculados al proceso migratorio y a las situaciones de salud y de vida de la población inmigrante y sus familias.

2.- Métodos: Se propone un estudio multicéntrico a efectuar en diversos centros de Atención Primaria de Salud del Institut Català de la Salut de Catalunya durante un periodo de 6 meses. (2º cuatrimestre 2006)

Se pidió a las enfermeras de estos centros (60 enfermeras) que al abrir en sus consultas una nueva historia de enfermería de una persona inmigrante, con un periodo de llegada a nuestro país igual o inferior a 18 meses, y después de valorar sus necesidades alteradas, recogieran, mediante el programa e-cap, sus diagnósticos de enfermería utilizando las taxonomías NANDA, NOC y NIC. Paralelamente, i durante el mismo periodo, se les solicitaron estos mismos datos, pero de personas de la población autóctona, para detectar si las necesidades alteradas de la población sujeto de estudio y los diagnósticos de enfermería, eran específicas del colectivo inmigrante. El tratamiento estadístico de los datos obtenidos se realizó mediante el programa SPSS 13.3

3.- Resultados: Finalmente se recogieron datos válidos de 189 inmigrantes, de 26 países, de los cuales 66 eran menores de 15 años. Los países con un contingente mayor de la muestra fueron: Marruecos (46), Ecuador (39), Bolivia (23), Colombia (13).

Destacamos en este resumen los resultados más significativos en cuanto a diagnósticos identificados los cuatro diagnósticos más prevalentes entre esta población:

- (84): conductas generadoras de salud, 13.8%; - (1): desequilibrio nutricional por exceso, 10.1%; - (51): Deterioro de la comunicación, 7.4%; - (126): Déficit de conocimiento (dieta diabética), 5.8 %

- Entre la población menor de 15 años los más prevalentes:

- (104): Lactancia materna ineficaz, 16.7%; - (51): Deterioro de la comunicación, 13.6 %; - (95): Alteración del patrón del sueño, 9.1 %; - (1): desequilibrio nutricional por exceso, 7.6 %

Entre la población mayor de 15 años los más prevalentes:

- (84): Conductas generadoras de salud, 16.3 %; (1): Desequilibrio nutricional por exceso, 11.4%; - (126): Déficit de conocimiento de su patología crónica, 5.7%; - (78): Manejo inefectivo del régimen terapéutico, 5.7%; - (2): Desequilibrio nutricional por defecto/alteración de la nutrición por defecto, 5.7%; - (4): Riesgo de infección, 4.9%; - (11): Estreñimiento, 4.9; - (51): Deterioro de la comunicación, 4.1%; - (146) Ansiedad, 4.1%; - (95): Alteración del patrón del sueño, 3.3%; - (69) Afrontamiento individual ineficaz, 3.3%

- Los cuatro diagnósticos más prevalentes entre esta población autóctona: (finalmente una muestra de 88 atendidos): - (1): desequilibrio nutricional por exceso, 18.2%; - (95): Alteración del patrón del sueño, 8 %; - (84): conductas generadoras de salud, 8%; - (78): Manejo ineficaz del régimen terapéutico persona, 15.7%

4.- Discusión: - Se han identificado diagnósticos específicos de enfermería ente la población inmigrante, algunos de ellos muy vinculados al proceso migratorio, como son el deterioro de la comunicación. Respecto la población autóctona, y relacionando los diagnósticos más prevalentes, sólo nos aparece el diagnóstico del desequilibrio nutricional por exceso. Esto nos lleva a pensar que sería interesante confeccionar planes estandarizados de cuidados de enfermería adecuados a la población inmigrante y sus familias para así poder valorar posteriormente la idoneidad i validez de los mismos.

**BIBLIOGRAFÍA:**

- ACHOTEGUI, J. La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural. Barcelona: Ediciones Mayo; 2002.
- ALFARO-LEFEVRE, R. Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica. 4ª edición. Madrid: Mosby-Doyma Libros; 2002
- ALONSO, A; HUERTA ,H; MORERA, J. Guía de atención al inmigrante. Madrid: Novartis. 2003.
- AMEZCUA, M. Antropología de los cuidados a Cultura del Cuidado. 1º y 2º semestre 2000.
- ARAGALL, X; PADILLA,J. (coordinador). Gestionar la diversitat. Reflexions i experiències sobre polítiques d'immigració a Catalunya. Barcelona: IEMed. 2003
- BALANZÓ, X; FAIXEDAS, M.T; GUAYTA, R. Quaderns de la bona praxi. Els immigrants i la seva salut. Barcelona: Col.legi Oficial de metges de Barcelona; 2003.
- BORRELL, C; BENACH, J. Les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrànea; 2003
- JOHNSON, M. Clasificación de la Resultados de Enfermería (NOC). 3ª edición. Madrid: Elsevier; 2005.
- JOHNSON, M. et al. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC.2ª edición. Madrid; 2007
- ElsevierMARRINER ,A; ALLIGOD,M.R. (eds). Modelos y teorías en enfermería. 6ª edición Madrid: Elsevier; 2007.

**AUTOR/ES:**

IRMA ELISA GÓMEZ ROMERO  
ROCÍO CALERO ROMERO

**TÍTULO:**

"CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LOS PACIENTES CON FRACTURAS DE CADERAS DE HUELVA CAPITAL".

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**Objetivos:** Valorar si al paciente intervenido de fractura de cadera ingresado en la planta de Traumatología del Hospital General Juan Ramón Jiménez se le realiza continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria en las distintos Centros de Salud de la capital y conocer si influyen otra/s variables en ese proceso de continuidad de cuidados.

**Métodos:** La población de estudio son todas aquellas personas ingresadas en la planta de Traumatología del Hospital General Juan Ramón Jiménez de Huelva capital que han sido intervenidas de fractura de cadera durante el año 2005/2006, pertenecientes a las distintos Centros de Salud de la capital, todos con informes de alta de enfermería. Nos encontramos con una población diana de 48 pacientes totales intervenidos en este periodo. La población de estudio se ha identificado mediante la hoja de informes de continuidad de cuidados.

Las variables de estudio son las siguientes:

**Variables Independientes.**

**Variables Cuantitativas:** Edad, **variables Cualitativas:** sexo, estado civil, nivel socioeconómico, nivel de instrucción, personalización, incluido en programas de crónicos y centros de salud.

**Variables Dependientes**

"Continuidad de Cuidados", para evaluarla utilizaremos las siguientes subvariables: Informe de alta de enfermería del Hospital, llegada del informe al centro de salud: si son avisados por los profesionales o demandan los cuidados, si tienen valoración de enfermería y si existe comunicación entre los profesionales.

Las técnicas utilizadas para la recogida de datos son las siguientes: observación directa, entrevista a los distintos profesionales y encuestas telefónicas a los pacientes.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS-PC versión 14. Los datos cualitativos se expresaron en frecuencias (%) y los datos cuantitativos en media  $\pm$  desviación estándar. Para la comparación de medias de las variables cuantitativas se ha utilizado el test de la t (para dos medias) y el ANOVA, (para más de dos medias) y para el contraste entre variables cualitativas la prueba de ji cuadrado. En todos los casos se comprobaron las condiciones de aplicación.

**Resultados:** Se recogieron datos de un total de 48 personas intervenidas de fractura de cadera. Del total de las 48 no se ha podido obtener información de 17 pacientes.

Con lo que respecta a la variable Demanda podemos afirmar que el 41,46% ni demandan los cuidados ni son avisados por los profesionales ya que no llegó el informe de Continuidad de Cuidados, además en el 9,76% el informe de continuidad ha llegado tarde así como el 29,27% corresponde a los pacientes que han demandado con alta médica. **Comunicación y Valoración:** En el 70% de los pacientes existe comunicación entre los profesionales y tienen valoración de enfermería. Con lo que respecta a las variables independientes los resultados más significativos se muestran en el apartado de discusión.

**Discusión:** ¿Hay continuidad de cuidados? Demanda: Sólo el 19,51 % de los pacientes son avisados por los profesionales tras recibir correctamente el informe de continuidad de cuidados.

Basándonos en la frecuencia de la continuidad de cuidados, concluimos que no existe continuidad de cuidados debido a la deficiente intercomunicación (informe de continuidad) entre los niveles asistenciales (AP y AE). ¿Hay relación entre la continuidad de cuidados y las variables independientes? Existen relaciones significativas entre la continuidad de cuidados y los programas de crónicos, a pesar de no encontrar relación significativa entre las variables dependientes y la edad, podríamos hallarla si aumentamos el tamaño de la muestra. Podemos decir que a mayor edad mejor captados y mayor continuidad de los cuidados ya que éstos pacientes probablemente estén incluidos en programas de crónicos.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Jiménez Madero, Inmaculada; Marín Campaña, Ana M<sup>a</sup>; Ipaneque Sánchez- Toscazo, Inmaculada. Continuidad en los cuidados. Informe de enfermería al alta en urgencias traumatológicas. Ciberrevista. 2004 Abr. 21 revisión, artículo.
2. Ballesteros García, M; Jiménez Navascues, Lourdes y Ruiz Gómez, MC. Revisión bibliográfica del informe de valoración al alta de enfermería. Gerokomos. 2004 Dic.15 (4): 209-216. Revisión, artículo.
3. González Lluva, Concepción; Olmo Cañas, Pilar; Rodríguez Pajares, Almudena; Martínez Vélez, Fco Javier y Pérez Martínez, T. Necesidad de continuidad de cuidados de enfermería en alta en la unidad de hospitalización de urología. Enfuro. 2001 Jul-Sep. 79: 31-34. Experiencias y trabajos de campo.
4. Carrascosa García, María Isabel y Bellido Vallejo, José Carlos. Documento de continuidad de cuidados del proceso de diabetes. Inquietudes. 2004 Sep-Dic. X (30): 36-37. Reportaje.
5. Calo Hernández, B J; Rodríguez Romero, E; Sicilia Coello, J C y Marrero del Castillo, D. Informes de continuidad de cuidados de enfermería. Estudio retrospectivos. Presencia. 2005 Ene-Jun. 1 (1). Original, artículo.
6. Solar Gutiérrez, Clara Del; Iglesias Ruso, Rosa y Agudo Domínguez, Fco Javier. Informe de continuidad de cuidados del paciente operado de TRUC Vejiga- próstata. Enfuro.2003 Ene-Mar. 85: 37-38. Original, artículo/estudio descriptivo.
7. Martín Salvador, Esperanza y Padilla Romero, Lourdes. Experiencia en continuidad de cuidados: Atención especializada/ atención primaria. Enfermería docente. 2004. 79: 11-13. Guías y programas.
8. Pérez Cabezas, Francisco Javier; García Villanego, Luís. Innovación en la continuidad de cuidados en el área de Cádiz: El impacto de la "PREALTA" en la continuidad de cuidados. ¿Puede la comunicación enfermera interniveles disminuir los reingresos por complicaciones en pacientes intervenidos de fractura de cadera?. Evidentia 2004. May- Ago 1 (2). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n2/56articulo.php>[ISSN: 1697-638X].



**AUTOR/ES:**

Albar Marín, M<sup>a</sup> Jesús y Acosta Mosquera, M<sup>a</sup> Eugenia

**TÍTULO:**

Gestión del conocimiento de los profesionales de enfermería del Área Hospitalaria Virgen Macarena

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**INTRODUCCIÓN:** son muchos los autores que han señalado la importancia de la investigación en enfermería para prestar unos cuidados de salud efectivos y para el desarrollo de una profesión autónoma. Por otra parte, cada vez hay un mayor consenso en que el profesional de enfermería debe prestar un servicio basado en unos conocimientos sólidos, fruto de la investigación. Por ello, la investigación en enfermería significa no solamente generar conocimiento y difundirlo sino también saber revisar la producción científica de otros compañeros y aplicarla a la práctica. De acuerdo a estos supuestos y, a una evaluación de las dificultades que tenían los profesionales de enfermería para investigar en el Área Hospitalaria Virgen Macarena, donde se constataban los mismos problemas que señala la bibliografía, se diseñó un modelo encaminado a gestionar el conocimiento.

**OBJETIVO:** desarrollar un modelo de gestión del conocimiento en profesionales de enfermería de un área hospitalaria, cuya finalidad es aumentar la calidad de los cuidados desarrollando prácticas clínicas basadas en la evidencia

**METODOLOGÍA:** el desarrollo del modelo incluye tres líneas estratégicas: a) desarrollar competencias para la investigación, b) promover grupos y redes de investigación, facilitando los recursos necesarios y, c) garantizar la calidad del proceso de investigación. Consta de siete pasos que van desde la identificación de barreras y necesidades de los profesionales de enfermería para gestionar el conocimiento hasta facilitar el proceso de transferencia de éste a la práctica clínica. Cada uno de los pasos incluye una serie de actividades que realizamos dos enfermeras desde la Unidad de Investigación, entre las que destacamos las siguientes: programación y realización de distintos tipos de actividades formativas, asesoramiento en las distintas fases del proceso de gestión del conocimiento (generación, difusión y aplicación) y, estimular la constitución de grupos así como facilitar la comunicación de los profesionales con otros servicios de apoyo.

**RESULTADOS:** durante los cinco últimos años hemos abierto diez líneas de investigación en cuidados de enfermería: úlceras por presión, pacientes terminales, evaluación de calidad, innovación, atención a los cuidadores informales, continuidad en salud mental, salud laboral, seguridad de los pacientes, promoción de la lactancia materna y elaboración de buenas prácticas. En términos cuantitativos, hemos pasado de tener un 20% de proyectos financiados en 2001 a un 75% en 2006, correspondiendo un 16,6% al FIS y, un 58,3% a la Consejería de Salud. Por otra parte, en éste periodo hemos publicado resultados de proyectos finalizados en revistas nacionales y, en cuanto a captación de recursos, contamos en la actualidad con cinco becarios de la Asociación Sanitaria Virgen Macarena. Los conocimientos generados en los proyectos se están aplicando a la práctica clínica y, la difusión de "buenas prácticas" a los supervisores de las unidades está sirviendo para cuestionar "rutinas" e implementar cambios.

**DISCUSIÓN:** el modelo que estamos desarrollando se está mostrando eficaz para derribar barreras que impedían a los profesionales la gestión del conocimiento y, hemos observado valores añadidos a la adquisición de competencias, tales como un aumento en la motivación y satisfacción laboral. Consideramos que la gestión del conocimiento tiene una gran importancia para dar respuesta a los retos actuales que tiene enfermería.

**BIBLIOGRAFÍA:**

Burrows DE, Mcleish K. A model for research-based practice. J Clinical Nursing. 1995; 4:243-247

Camiah S. Utilization of nursing research in practice and application strategies to raise research awareness amongst nurse practitioners: a model for success. Journal of Advanced Nursing 1997, 26: 1193-1202

Dunn V, Crichton N, Roe B, Seers K. y Willians K. Using research for practice: a UK experience of the Barriers scale". Journal of Advanced Nursing 1998; 27, 1203-1210

French . The development of evidence based nursing. Journal of Advanced Nursing 1999; 29(1), 72-78

Funk SG, Tornquist EM, Champagne MT. Barriers and facilitators of research utilization: an integrative review. Nursing Clin North Am 1995; 30: 395-407

Gálvez, A. Práctica clínica basada en la evidencia. Una aproximación bibliográfica. Index de Enfermería 1999; 27: 54-56

Icart Isern T. Enfermería basada en la evidencia: un nuevo desafío profesional. Enfermería Clínica 1998; 8(2): 77-83

Kitson A, Ahmed LB, Harvey G, Serrs K, Thompson DR. From research to practice: one organizational model for promoting research-based practice. Journal of Advanced Nursing 1996; 23: 43

Le May A, Mulhall A.; Alexander C. Bridging the research-practice gap: exploring the research cultures of practitioners and managers". Journal of Advanced Nursing 1998; 28: 428 - 440

**AUTOR/ES:**

M. Rizo, A. Escolano, M. Salazar, MJ. Aguilar\* y E. Cortés\*\*. Centro de trabajo: Dep. Enfermería, Universidad de Alicante. \* Dep. Enfermería, Universidad de Granada y \*\* Departamento de Pediatría, Universidad Miguel Hernández. Dirección de Contacto: M. Rizo, Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante. San Vicente del Raspeig. Ap.

**TÍTULO:**

Título: La toma de muestra para el cribado neonatal. Un problema sin resolver

**TEXTO DEL TRABAJO:** 1.- INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. El cribado neonatal es una actuación de salud pública totalmente establecida en nuestro medio, en la que Enfermería tiene un papel crucial en dos aspectos esenciales: obtención de la muestra de sangre desecada sobre papel y la información simultánea a los padres del proceso que se le va a realizar a su hijo recién nacido. Sin embargo, todavía se refiere por los laboratorios de cribado neonatal la recepción de muestras mal impregnadas (0,5-1%, datos 2006 centro Cribado Neonatal de Alicante), en las que no puede asegurarse un volumen determinado de sangre. Esto supone un gran número de repeticiones (retraso en resultados, incertidumbre de los padres, nuevo pinchazo al niño, etc). Existe además una falta de formación en el pregrado (E. Cortés, 2001), únicamente alrededor del 20% de las escuelas de enfermería en España dedicaban algún tema específicamente al cribado neonatal o a las enfermedades congénito-metabólicas. Se plantea como objetivo el detectar los posibles errores cometidos en la toma de muestras, con el fin de profundizar en los aspectos docentes de pre y postgrado, encaminados a mejorar esta técnica propia y de actuación frecuente de enfermería.

2.- MÉTODOS. Se ha utilizado la observación y anotación de los alumnos de Enfermería Materno-Infantil, durante las prácticas clínicas, y la cumplimentación de un cuestionario de 19 preguntas encaminadas a verificar los criterios preanalíticos de calidad (M. Espada et al, 2005). Se han procesado 80 encuestas.

3.- RESULTADOS. Es una técnica de enfermería (100%). A causa de la toma doble de muestra en nuestra comunidad, todavía persiste un 18,8% de muestras que se impregnan con sangre de cordón para la realización de la prueba de hipotiroidismo. El resto de muestras se toman pinchando en el dorso de la mano (17,5%) y el talón (63,8%). Es mayoritaria en los hospitales (80%) frente a los centros de salud (20%).

Hay que destacar que en el 42,5% de los casos no se informa a los padres sobre el procedimiento a realizar, y que el tiempo total empleado es de 8,0 min (SD 4,8) (2-25 min). La zona a pinchar se ha desinfectado con alcohol (72%) o clorhexidina (10%) y en el 6% no se ha procedido a desinfección. Las lancetas incluidas en el material suministrado sólo se utilizan en el 51% de los pinchazos en el talón. El resto de material se prepara habitualmente antes de iniciar el proceso (90,2% en los de talón y sólo el 64,3% en la mano), al igual que la cumplimentación de los datos del niño (92,2 y 50,0% respectivamente).

Los datos de calidad en las tomas de muestra en mano y talón son los siguientes:

%	Papel pegado	zona pinchada	Zona pinchada
más baja	Calor antes de pinchazo		Descarta 1ª gota
	Pincha más de una vez		
Mano	21,4		28,6 64,3
	35,7		21,4
Talón	39,2		47,1 86,3
	41,2		27,5

4.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

a) Según los datos obtenidos, los profesionales que realizan la extracción en el talón conocen mejor el procedimiento y son más expertos; de todos modos, es necesario ofrecer una formación adicional en Pregrado y Postgrado, para evitar los malos hábitos adquiridos.

b) Las lancetas suministradas son las más idóneas (22 mm.) tanto para realizar en niños pretérmino como a término, garantizando de ese modo que no se dañe el calcáneo (Arenas, J., 2003).

c) Creemos conveniente continuar con estudios de este tipo para ir mejorando una actividad exclusiva que las enfermeras realizan a diario y que tanta repercusión puede tener para el bienestar del niño y su familia.

**AUTOR/ES:**

Lucía Serrano Molina, Esther Nieto Blanco, Pura Moriano Béjar, Eva Moreno Torrecilla, Mónica Pérez Llorente, Mónica Vicente del Hoyo, Susana Montero Martín, Ana Cotes Gea, Juana Loriente Martín, Esperanza Martín Mate, Milagros Monzón Simon, Eva M<sup>a</sup> Lucas Alvarez.

**TÍTULO:**

Análisis de la autoobservación enfermera en la práctica de la visita domiciliaria en Atención Primaria.

**TEXTO DEL TRABAJO:**

Un hecho social ya reconocido, es el envejecimiento paulatino de la población debido entre otras causas, al aumento en la esperanza de vida, y a una mejora en las condiciones socio-sanitarias. Esto planteará en un futuro muy cercano una necesidad dentro de los Equipos de Atención Primaria (EAP) que requerirá de medidas de organización que garanticen una atención correcta a este tipo de pacientes de edad avanzada con pluripatologías e inmovilizados en sus domicilios. La visita domiciliaria (VD) de enfermería es una de las funciones esenciales a desarrollar por estos profesionales, en los EAP. Su aplicación permitiría resolver parte de esta demanda. Creemos por tanto necesario identificar las actitudes y creencias de los enfermeros en relación a la VD, analizar la relación que establecen éstos con los pacientes y cuidadores, así como su práctica enfermera en este servicio. Se ha utilizado la metodología cualitativa de tipo investigación acción participativa, siguiendo el modelo de Kemis y Mc Taggart. La recogida de datos se realizó mediante la técnica de autoobservación de la práctica enfermera en el domicilio del paciente. Los sujetos de estudio han sido 13 enfermeras de EAP del Área 6 de Madrid. Los criterios de elección de la muestra han sido: zona geográfica del área (urbana, peri urbana o rural), más de 6 años de experiencia profesional, los pacientes a los que atendían padecían o no algún tipo de demencia, y si tenían cuidador familiar o contratado. El perfil del paciente ha sido mujer de 80 años, viuda y dependiente para varias de las necesidades básicas de la vida diaria. Se realizaron 2 autoobservaciones por cada enfermera, estas fueron analizadas en grupos de trabajo en numerosas sesiones. Tras este análisis y reflexión en común de los datos se identificaron las siguientes categorías: organización de la VD, relaciones, actitudes y creencias de la enfermera hacia el paciente y hacia los cuidadores, repercusión en la vida familiar y práctica enfermera. Los resultados del estudio a través de esta técnica han sido de dos tipos: unos derivados del análisis de los textos y otros derivados del proceso grupal de discusión y reflexión participativa característica de este diseño de investigación. Del análisis de las autoobservaciones se desprende: falta de tiempo para la realización de la VD, distintos tipos de relación profesional de la enfermera con el paciente y sus cuidadores siendo las más frecuentes: de sustitución o suplencia y ayuda, de sobreprotección, de cercanía y de reconocimiento. Las actitudes que reflejan las enfermeras en los textos son generalmente positivas, cercanas o de calor y en algunos casos de sobreprotección. En cuanto a los cuidadores familiares las enfermeras mantienen una actitud de respeto aceptando sus opiniones y sentimientos y en el caso de los cuidadores contratados estas son poco explícitas en los textos y en pocos casos se reconoce su labor en el cuidar. Al hablar de la práctica enfermera en la visita domiciliaria hay aspectos de la valoración integral del paciente que no se tratan habitualmente, destacando los cuidados de tipo técnico y reflejando poco el proceso sistematizado de atención de enfermería, con una inexistencia de diagnósticos enfermeros y en ocasiones con un plan de cuidados no en consonancia con lo detectado en la valoración. No es habitual realizar valoraciones a los cuidadores tanto familiares como contratados en el domicilio. Por lo tanto, no se contempla una visión holística del paciente y sus cuidadores. Como conclusiones señalamos que para mejorar la práctica enfermera en la visita domiciliaria se ve necesario realizar modificaciones en varios aspectos: definir un tiempo específico en las agendas de trabajo para realizar esta actividad, realizar una valoración integral del paciente y sus cuidadores y fomentar el desarrollo completo de la metodología enfermera que permitiría una atención íntegra a todos los implicados en este proceso, pacientes y cuidadores. Para la consecución de estas propuestas de mejora es necesario la participación no solo de los profesionales implicados en ella, sino también de los gestores y órganos de evaluación de la calidad.

**BIBLIOGRAFÍA:**

- Taylor S.J, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Paidós Básica 1998. Barcelona
- Kemmis S, Mc Taggart R. The Action Research Planner. 3th ed. Australia: Deakin University Press; 1988
- Frias A. Cuidadores familiares de pacientes en domicilio. Index 2001; 34:27-32
- De la Cuesta C. Familia y cuidados a pacientes crónicos. Index 2001; 34: 20-26
- Elkan R, Kendrick D, Dewey M. et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta- analysis. BMJ.2001; 323:719-724
- Gené J, Contel JC. Propuestas para desarrollar la atención domiciliaria. AP.1999; 23:183-186
- Lewin K. Acción investigativa y problemas de las minorías. Psicología Social.1988. Vol II-III; 229-240
- Freire P. Pedagogía del oprimido. 15ª ed. Siglo XXI de España editores. 2000
- Frias A., Prieto MA, Heierle C, et al. La práctica enfermera en atención domiciliaria: perfil sociodemográfico y práctica profesional. AP. 2002; 29(8): 495-501
- Escudero MC., Ibañez A., Gonzalez E.. et al. Incidencias y factores predictores de atención domiciliaria de enfermería en población anciana. Enfer. Clínica. 2001; 11(3): 91-96
- Fericgla J. Cultura y atención a domicilio en el futuro. Rol.2000; 23(7-8): 551-558
- Contel JC. La atención a domicilio como modelo de atención compartida. AP. 2000;25(8): 22-28
- Sancho Mª. Cuidados de enfermería a personas mayores. VI Encuentro de Investigación en Enfermería; Madrid, Noviembre de 2003.
- Corrales D. Galindo A. Escobar MS. et al. El debate sobre la organización, las funciones y la eficiencia de enfermería en AP: a propósito de un estudio cualitativo. AP. 2000; 25 (4): 34-47
- Baum F. Investigación en Salud Pública: el debate sobre las metodologías cuantitativas y cualitativas. Deakin University. Australia. 1997;5:175-193

**Póster/Poster 70**

**AUTOR/ES:**

Sebastián Viana T, Alcolea Cosín MT, Oter Quintana C, Martín Robledo E, Pedraz Marcos A, Gírbés Fontana M, Infantes Rodríguez JA, Castillo Díaz C, García González A.

**TÍTULO:** LA COMUNICACIÓN CLÍNICA EN LA FORMACIÓN PREGRADO

**TEXTO DEL TRABAJO:**

En el marco de un proyecto FIS para evaluar la efectividad del Aprendizaje Basado en Problemas (A.B.P) en la formación práctico-clínica de los alumnos de enfermería, se decidió medir el impacto de esta metodología en la adquisición de habilidades de comunicación.

**Objetivos**

Comparar la adquisición de habilidades de comunicación en el pregrado de enfermería entre alumnos que se han formado con ABP y alumnos formados con diferentes metodologías.

Medir la evolución de la comunicación clínica con la utilización de la metodología ABP.

**Material y métodos**

Estudio de intervención longitudinal controlado y multicéntrico que empezó en el curso 2005/2006 con dos grupos de alumnos:

- El grupo intervención hizo primer curso de la Diplomatura en Enfermería en el curso 2005/06. La intervención consiste en utilizar en exclusiva la metodología ABP en la formación teórica.
- El grupo control inició la Diplomatura en Enfermería en el curso lectivo 2004/05 y utilizó la metodología ABP en solo una asignatura de primer curso.

Para evaluar la comunicación clínica se utiliza la guía CICAA(1), herramienta estructurada por tareas que incluyen Conectar, Identificar, Comprender los problemas, Acordar y Ayudar a actuar y que consta de 29 ítems de escala Lickert de 3 grados (puntuación de 1 a 3) con una puntuación máxima de 87 y una mínima de 29 puntos, validada por Ruiz Moral y Perula (2). Esta guía la cumplimenta el tutor del alumno al finalizar el rotatorio de práctica clínica.

Con los datos se ha hecho un análisis de medias y proporciones, aplicando un análisis de varianza para evaluar diferencias entre grupos intervención y control y entre 1º y 2º en el grupo intervención.

**Resultados:**

En el año 2006 el porcentaje de recogida fue del 56,8%. Hay 60 completas y 16 que les falta completar algún ítem. De las 76 guías recogidas, 41 se han cumplimentado durante el primer curso de enfermería del grupo intervención y 13 guías CICA en segundo curso del mismo grupo. Del grupo de control se han recogido 20 guías CICA en alumnos de segundo curso. Se han excluido dos guías que correspondían a alumnos que estaban realizando un intercambio Erasmus y por tanto no se pueden incluirse en ninguno de los dos grupos.

La comparación de los grupos intervención y control se realiza cuando el alumno está cursando 2º curso de enfermería. En el grupo intervención la puntuación media que tiene cada uno de los ítems es de 2,29 la puntuación total media para todo el grupo es de 65,46 mientras que en el grupo control es de 2,41 y 68,30 respectivamente, no siendo significativas las diferencias.

La puntuación media obtenida en cada ítem guía CICA de los 41 estudiantes del grupo intervención, cuando estos cursaban primer curso fue de 2,43 con una desviación típica de 0,39 y la puntuación media de todos los ítems fue de 63,39. En segundo curso, el grupo intervención, obtuvo una puntuación media en cada uno de los ítems de 2,29, siendo la desviación típica 0,44 y la puntuación media total para todo el grupo de 65,46, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas en estas puntuaciones.

De las 76 guías CICA, 55 se llevaron a cabo en atención primaria y 21 en hospital. La puntuación media total en atención primaria fue de 61,49, siendo la media por ítems de 2,32. En los hospitales, la puntuación media total es de 73,1 con un valor medio por ítem de 2,57, siendo ambas diferencias estadísticamente significativas.

**Discusión:** En este momento no podemos dar conclusiones definitivas sobre si el ABP afecta a la adquisición de habilidades en la comunicación clínica, dado que el proyecto de investigación engloba la evaluación de esta competencia a lo largo de los tres años de formación. Por ahora, los resultados preliminares evidencian que no existen diferencias. El posible sesgo de la diferencia interindividual no se corrige debido al bajo número de muestra. Parece que existe una valoración diferente de la comunicación clínica entre los profesionales de primaria y el hospital que habrá que seguir explorando

**BIBLIOGRAFÍA:**

1 Gavilán Moral E, Ruiz Moral R, Parras Rejano J, Pérula de Torres L. Validación aparente y de contenido del cuestionario CICAA para valorar la comunicación centrada en el paciente. En: XXIV Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; Sevilla; 2004

2 Ruiz-Moral R, Pérula de Torres LA. Validez y fiabilidad de un instrumento para evaluar la comunicación clínica en las consultas: el cuestionario CICAA. Aten Primaria. 2006;37(6):320-

## Póster/Poster 72

**AUTOR/ES:**

Casas Baroy J.C.\*, Faro Basco M. \*, Isern Farrés O.\*

\* Departamento de Procesos de Atención Terapéutica y Calidad de Vida. Universidad de Vic (Barcelona)

**TÍTULO:**

Capacitar a los alumnos para trabajar en cuidados basados en la evidencia científica.

**TEXTO DEL TRABAJO:**

¿La investigación en enfermería contribuye a la mejora de la práctica clínica?. Se constata la dificultad para integrar el conocimiento científico disponible en la mejora de los cuidados enfermeros.

Objetivo: desarrollar una estrategia educativa en estudiantes de enfermería, que les capacite para integrar la evidencia científica en la toma de decisiones de la práctica clínica.

Metodología.

Se diseña un estudio descriptivo transversal, con intervención educativa, realizando 3 mediciones en los cursos 03-04, 04-05 y 06-07 en estudiantes de la asignatura Enfermería Médico Quirúrgica Adulto I. La recogida de datos se realiza a través de una encuesta autocumplimentada por parte del alumno y a través de la evaluación de los trabajos escritos.

Intervención: en el contexto de un caso clínico, se plantea al alumno una pregunta clínicamente relevante a la que hay que dar respuesta argumentada a partir de la búsqueda bibliográfica, de la lectura crítica de los documentos seleccionados y de las conclusiones obtenidas.

Resultados.

Al analizar la dificultad percibida por los alumnos en el proceso de documentación, a lo largo de los 3 años se constata la mejoría en dos aspectos: la localización y acceso a las bases de datos, y la obtención de documentos. El mayor grado de dificultad se centra en cómo buscar dentro de las bases de datos y el menor grado de dificultad en la comprensión de los artículos seleccionados. La dificultad global percibida se mantiene en el mismo nivel en el transcurso de los 3 años y no depende de variables como la edad ni de la experiencia profesional previa.

En relación a las calificaciones realizadas por el tutor caben destacar 2 aspectos: el acierto en la decisión tomada por el grupo a la pregunta propuesta en el caso, ha sido contestada correctamente en un 52,8%, dudosa en un 28,3% e incorrecta en un 18,9%. El nivel de argumentación y evidencia mostrado en relación a la decisión, ha sido calificado de muy bueno en un 37,7%, correcto en un 28,3% e insuficiente en un 34%.

Discusión.

La experiencia se valora de forma positiva y aporta una nueva perspectiva docente al caso clínico.

En el transcurso de los 3 años se observa una evolución hacia un menor grado de dificultad manifestado por los alumnos, debido a la confección y adecuación de la guía docente para la búsqueda bibliográfica y documental y la mejora en la infraestructura documental y los recursos de acceso a la información. No obstante la percepción de la dificultad global se asocia con las calificaciones obtenidas en los trabajos, curiosamente a menor dificultad se relaciona con menor calificación.

La metodología docente desarrollada en el contexto de un caso clínico en el que se incluye una pregunta dónde se debe de tomar una decisión con el soporte de una guía de búsqueda documental y la tutorización, se perfila como un buen método de enseñanza para integrar la evidencia científica, pero los resultados obtenidos nos muestran que los docentes debemos mejorar en algunos aspectos de la búsqueda documental y en algunos referentes a la tutorización. Por lo que respecta a la primera, sería necesaria una formación más detallada en cuanto a sistemas de interrogación de bases de datos y la segunda, la tutorización, en 2 aspectos: en supervisar que los documentos seleccionados por el alumno sean relevantes y pertinentes, en ayudar a los alumnos en la evaluación crítica de los mismos y en el desarrollo de habilidades de pensamiento crítico. Introduciendo estas modificaciones esperamos mejorar en la decisión clínica.

Creemos que los estudiantes formados a partir de esta metodología dispondrán de una mayor capacidad de aplicar el conocimiento científico existente en la mejora de los cuidados a las personas y podrán desarrollar su trabajo diario en una práctica clínica basada en la evidencia.



**BIBLIOGRAFÍA:**

- 1.-Morán Peña L. Práctica de enfermería basada en evidencias. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 2001;9(1-4):24-30
- 2.-Parkes J, Hyde C, Deeks J, Milne R. Enseñanza de habilidades de evaluación crítica en ámbitos de atención sanitaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford:Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 2. Chichester, UK:John Wiley&Sons, Ltd).
- 3.-Cabrero García J. Enfermería basada en la evidencia y utilización de la investigación. Index Enfermería , 1999; 27:12-18.
- 4.-Galvez Toro A, Román Cereto M, Ruíz Roman MJ et al. Enfermería Basada en Evidencias. Aportaciones y propuestas. Índex Enfermería 2003;40-41:47-50
- 5.-Julià X, Fornells JM, Arnau J, Martínez JM. L'educació mèdica basada en l'evidència. La col.laboració BEME/EMBE. Annals de Medicina 2002; 85:192-195
- 6.-Casas Baroy JC, Faro Basco M, Isern Farrés O. Integración de los resultados de investigación en el contexto de un caso clínico simulado. VIII encuentro de investigación en Enfermería. Investen-isciii 2004:354
- 7.-Cabrero García J, Richart Martínez M. Investigar en enfermería. Concepto y estado actual de la investigación en enfermería. Publicaciones de la Universidad de Alicante, 2000.
- 8.-Blanco Sánchez R, Zapico Yañez F, Torrens Sigalés R:Ma. Innovación docente y convergencia europea: formar en competencias. Metas de enfermería, 2005; 8(1): 60-66.

correspondencia: [olga.isern@uvic.cat](mailto:olga.isern@uvic.cat) , [montserrat.faro@uvic.cat](mailto:montserrat.faro@uvic.cat), [joancarles.casas@uvic.cat](mailto:joancarles.casas@uvic.cat)

<p><b>AUTOR/ES:</b> Castaño Sánchez Y, Recio Rodríguez JI, Castaño Sánchez M<sup>a</sup> C, Rodríguez Martín C, De Cabo Laso A, García Ortiz L y Gómez Marcos MA, LJ González Elena.</p>
<p><b>TÍTULO:</b> Análisis de diferencias y correlación entre diferentes instrumentos de medida de la presión arterial.</p>
<p><b>TEXTO DEL TRABAJO:</b></p> <p>Objetivo: Evaluar la presión arterial del paciente hipertensos con tres instrumentos de medida: la Presión Arterial Clínica (PAC), Automedición de la Presión Arterial (AMPA) y Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA) y analizar diferencias y correlaciones.</p> <p>Metodología: Diseño: Descriptivo trasversal.</p> <p>Sujetos y ámbito: Todos los hipertensos con MAPA realizado en la unidad de investigación, en total son 351 sujetos (51.3 % mujeres), con edad media de 62.83 años.</p> <p>Variables: Edad, sexo, Presión Arterial Clínica, sistólica (PAS) y diastólica (PAD) con dos tomas (1<sup>a</sup> y 2<sup>a</sup>), AMPA durante tres días y cuatro tomas diarias y MAPA de 24 horas.</p> <p>Criterios utilizados : Buen control: PAC &lt;140/90 mmHg, MAPA: PA media&lt;125/80 mmHg, PA actividad &lt;135/85 mmHg y PA reposo&lt;120/70 mmHg, AMPA PA media &lt; 135/85 mmHg.</p> <p>Resultados: La media de la PAC 1<sup>a</sup> toma: 155.13/87,59 mmHg; la media de la 2<sup>a</sup> toma fue 150,28/86,05 mmHg. La AMPA 1<sup>a</sup> toma fue 139.60/78,85 mmHg y 2<sup>o</sup> toma 133,51/77.18 mmHg. MAPA actividad: 128.92/77.97 mmHg, MAPA reposo 116.28/66.03 mmHg y MAPA 24 horas 125.23/74,38 mmHg. La segunda toma de PA tanto en presión clínica como en AMPA es significativamente (<math>p&lt;0.05</math>) mas baja que la primera.</p> <p>La PA clínica media es significativamente más elevada que con el AMPA y MAPA. Las PAS con MAPA en actividad es menor que con AMPA (<math>p&lt;0.05</math>)</p> <p>El nivel de control fue con la PA clínica 1<sup>a</sup> toma: 20.2%, PA Clínica 2<sup>a</sup> toma: 28.5%, MAPA actividad: 61.3%, MAPA reposo: 61.0% y MAPA 24 horas: 46.4%. AMPA 1<sup>a</sup> toma 25.6 % y 2<sup>a</sup> toma 36.8%.</p> <p>La correlación de la presión arterial clínica, tanto en primera como en segunda toma tiene una correlación de intensidad moderada-alta (<math>r=0,60</math> la PAS y <math>=0,68</math> la PAD, <math>p&lt;0.01</math>) con el AMPA y la MAPA en actividad, si embargo disminuye con la MAPA en reposo (<math>r=0,42</math> la PAS y <math>0,49</math> la PAD; <math>p&lt;0.01</math>). Por el contrario no hay buena correlación entre PAS y PAD con ninguno de los métodos (<math>r</math> entre 0,12-0,31) .</p> <p>Conclusiones: La primera toma de presión arterial sobrevalora la PA real. La PA media en consulta es significativamente más elevada que la obtenida con la MAPA y AMPA y el nivel de control por lo tanto es peor si se utiliza sólo este criterio.</p> <p>Hay mejor correlación de la presión arterial clínica con el AMPA y MAPA en actividad que con MAPA en reposo.</p> <p>La MAPA y el AMPA son métodos útiles para evaluar de forma adecuada el nivel de control del paciente hipertenso.</p>

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G et al. Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension; European Society of Cardiology. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens. 2007 Jun;25(6):1105-87.
2. Marín R, De la Sierra A, Armario P, Campo C, Banegas JR, Gorostidi M; en representación de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). Guía sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España 2005. Med Clin (Barc). 2005;125:24-34.
3. El Feghali RN, Topouchian JA, Pannier BM, El Assaad HA, Asmar RG; European Society of Hypertension. Validation of the OMRON M7 (HEM-780-E) blood pressure measuring device in a population requiring large cuff use according to the International Protocol of the European Society of Hypertension. Blood Press Monit 2007 Jun;12(3):173-8.
4. Asmar R, Zanchetti A. Directrices para el uso de la auto-monitorización de la tensión arterial: Informe de la Primera Conferencia Internacional de Consenso. J Hypertens 2000;18:493-508.
5. Automedida de la presión arterial (AMPA) en atención primaria (II). Grupo de Trabajo en HTA semFYC. Aten Primaria 2003;31(9):606-12.
6. Mayoral E, Díez A, Lapetra J, Santos JM, García F, Rodríguez-Morcillo A. Validación del sistema de monitorización ambulatoria de presión arterial modelo SpaceLabs 90207. Med Clin (Barc) 1994;103:326-30.
7. Llisterri JL, Rodríguez GC, Alonso FJ, Lou S, Divisón JA, Santos JA, et al, en representación del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial de la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (Grupo HTA/SEMERGEN) y de los investigadores del Estudio PRESCAP 2002. Control de la presión arterial en la población hipertensa española atendida en atención primaria.

**AUTOR/ES:**

Velázquez González Rosario, Picallos Conde M<sup>a</sup> Dolores, Flores Caraballo Jesús M<sup>a</sup>, García García M<sup>a</sup> José.

Proyecto de investigación financiado por Servicio Andaluz de Salud, Junta de Andalucía 2005-2007.

**TÍTULO:**

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE CUIDADOS DESDE LA PERSPECTIVA DE NIÑOS DE LA UNIDAD DE PRESCOLARES Y ONCO-HEMATOLOGIA PEDIATRICA

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**OBJETIVOS:** Describir las expectativas y deseos de los niños/as relacionadas con las características de las enfermeras/os, y la valoración de las actividades y recursos que se les proporciona durante el ingreso.

**DISEÑO:** Estudio descriptivo transversal con utilización de técnicas cualitativas.

**AMBITO DE ESTUDIO:** Unidad de Preescolares y de Hemato-Oncología Pediátrica del H.U Virgen Macarena. Esta Unidad consta de 12 camas de la especialidad médico-quirúrgica y 6 camas de Oncología.

**POBLACIÓN:** niños ingresados en la Unidad de Preescolares y, en la unidad de Hemato-Oncología.

**Muestra:** Se han seleccionado 24 niños, 18 de la Unidad de Preescolares y 5 de Hemato-Oncología. El 56,5% del total son varones y la edad media es de 6,91 años (DT = 4,20).

**Instrumento:** Se utilizó una entrevista semiestructurada, cuyo guión incluía cuestiones identificadas en otros estudios de interés sobre este tema (Shaffer et al.2000; Bragadottir&Reed 2002).

Fundamentalmente las preguntas iban dirigidas a identificar las características que esperan que tenga una buena enfermera, la valoración de los recursos y actividades lúdicas, de la comida y ropa que se le proporciona en la Unidad y, por último, cuestiones dirigidas a conocer que es lo que más les gusta y lo que menos.

**Recogida de información:** Se realizó a partir del tercer día de estar ingresado en la unidad. Se grabó con el consentimiento de los padres y del niño, dependiendo de su competencia.

**Análisis de la información:** Una vez realizada la transcripción de las entrevistas, procedimos a realizar un análisis de contenido con el método descrito por Giorgi (1997).

**Resultados:** De la información obtenida en las entrevistas semiestructuradas realizadas a los niños se extrajeron temas comunes, estos se describen a continuación y se refuerzan con discursos literales que reflejan los puntos de vista de los niños. 1. Características deseables del personal de enfermería: "Sí, siempre me dicen la verdad"; "He ido a muchos hospitales y lo he comprobado, las enfermeras explican lento y como debe de ser"; "me da igual quien me haga las cosas, todos son especialistas". 2. Valoración de actividades: "Lo que más me ha gustado de estar aquí es la escuela y el ciberaula"; "Un jardín con pelotas y flores para cuidarlas"; "Me gustaría un patio donde jugar y dar el sol"; "Pondría pelis de Disney y de Doraemon". 3. Alimentación: "Las horas no me parecen bien, pues yo almuerzo con los Simpson y cuando están echando la ruleta de la suerte, (14 horas), y la cena cuando echan Doraemon (21 horas)"; "...lo que menos me ha gustado que todo está muy soso"; "Pizzas no me la han puesto, esta noche van a cancelar mi comida porque mi tita me traerá una". 4. Uniformidad: "Si a los niños le gustase el fútbol, yo los pondría del Sevilla y del Betis y si fuera niña, yo los pondría con corazones pinchados y flores bonitas". "Prefiero que vayan de colores porque el color blanco no pega aquí, todo en la planta está de colores, las mesillas, las cortinas, las camas".

**Conclusiones:** El niño ve al personal de Enfermería como una persona cercana y amiga, que le informa bien, que le transmite seguridad y confianza y cuya misión cuidarlo y devolverlo bueno a su hogar. En cuanto a la valoración de actividades lúdicas y recursos, en los siete primeros meses de nuestro proyecto los niños manifestaban aburrimiento por su escasez, sobre todo por la tarde y fines de semana siendo la ESCUELA su único lugar para divertirse. A partir de la apertura en Junio del 2006, de un ciberaula y la puesta en marcha del PROGRAMA DIVER, han puesto de manifiesto que la estancia se les ha hecho menos traumática, buscando en este sitio el lugar donde pasar la mayor parte del día. Reclaman espacios abiertos como: jardines para jugar cuando su proceso se lo permite. Los menús hospitalarios son motivos de crítica por el niño resultando monótonos, faltos de sal, y no acordes con horarios de sus casas. Los pijamas de los niños deben ser alegres y los de enfermería de colores, facilitan el acercamiento del niño. El color blanco produce miedo en el niño.

**BIBLIOGRAFÍA:**

Coyne, I. T. Researching children: Some methodological and ethical considerations. *Journal of Clinical Nursing* 1998, 7, 409-416.

Beidler, S.M., y Dickey, S.B. Children's competence to participate in healthcare decisions. *JONA's Healthcare Law, Ethics, and Regulation* 2001, 3(3), 80-87.

Simonian, S. J., Tarnowski, K. J., Park, A., y Bekeny, P. Child, parent, and physician perceived satisfaction with pediatric outpatient visits. *Developmental and Behavioral Pediatrics* 1993, 14(1), 8-12.

Freed, L. H., Ellen, J. M., Irwin, C. E., & Millstein, S. G. Determinants of adolescents' satisfaction with health care providers and intentions to keep follow-up appointments. *Journal of Adolescent Health* 1998, 22, 475-479.

Kaplan, S., Busner, I., Chibnall, I., y Kang, G. Consumer satisfaction at a child and adolescent state psychiatric hospital. *Psychiatric Services* 2001. 52(2), 202-206.

Rifkin, L., Wolf, M., Lewis, c., y Pantell, R. Children's perceptions of physicians and medical care: two measures. *Journal of Pediatric Psychology* 1988, 13(2), 247-254.

Pelander T, Leino-Kilpi, H. Quality in Pediatric Nursing in Pediatric Nursing Care: children's expectation. *Issues in comprehensive Pediatric Nursing* 2004; 27: 139-151.

**AUTOR/ES:**

Álvarez Leiva M<sup>a</sup> Isabel, De la Rosa Delgado Teresa, Acosta Mosquera M<sup>a</sup> Eugenia, Albar Marín M<sup>a</sup> Jesús, García García M José.

Proyecto financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía nº expte (0121/2005)

**TÍTULO:**

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA DEL HOSPITAL U.V.MACARENA EN LA CALIDAD DE VIDA DE SUS USUARIOS.

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**OBJETIVOS:** Analizar el impacto del programa de rehabilitación cardiaca del Área Hospitalaria Virgen Macarena en la calidad de vida de sus usuarios, e identificar sus debilidades y fortalezas.

**METODOLOGÍA:**

diseño: Estudio cuasi experimental pre-test-post-test y observacional mediante técnicas cualitativas.

ambito de estudio: Unidad de Rehabilitación Cardiaca del Hospital Virgen Macarena.

población: Mediante un muestreo consecutivo, se seleccionaron a 23 pacientes incluidos en el Programa de Rehabilitación, desde Abril de 2005 hasta Junio del 2006. Los criterios de inclusión fueron: acceder a participar voluntariamente en el estudio y, no presentar déficit cognitivos. Se excluyeron del estudio a cuatro usuarios que abandonaron el programa.

Instrumento: Para evaluar el impacto de la enfermedad y el tratamiento en las actividades de la vida diaria de los pacientes, se utilizó la adaptación española del cuestionario MacNew de Calidad de Vida. Consta de 27 ítems que exploran tres áreas fundamentales: las limitaciones físicas, la función emocional y psíquica y la interacción social. La evaluación cualitativa del programa se realizó mediante entrevistas semi-estructuradas basadas en un guión que incluye las 5 dimensiones del modelo SERVQUAL: Tangibilidad, Fiabilidad, Seguridad, Capacidad de respuesta y Empatía para conocer la opinión de los usuarios respecto a la calidad del programa de rehabilitación cardiaca e identificar las fortalezas y debilidades del mismo.

Recogida de información: el cuestionario MacNew se les entregaba a los usuarios, al comienzo de la primera sesión (pretest) y, al finalizar la última sesión del programa (postest). Por otra parte, al grupo que finalizaba las sesiones, se les realizaba las entrevistas semiestructuradas mediante grupos focales.

Análisis de la información: El análisis de la información cualitativa, se ha realizado con el programa de análisis de datos cualitativos ATLAS.ti. Con los datos cuantitativos, se realizó un análisis descriptivo, y para determinar si existían diferencias estadísticamente significativas entre la calidad de vida anterior y posterior a la cumplimentación del programa, se aplicó la prueba t de Student, para una significación estadística  $p < 0.05$ . Se ha utilizado el paquete estadístico SPSS versión 12.0.0

**RESULTADOS:** Al aplicar la prueba t de Student a las puntuaciones obtenidas en el cuestionario MacNew se observó que existían diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de funcionamiento social ( $t = -2.114$ ;  $p = .04$ ) y funcionamiento emocional ( $t = -2.852$ ;  $p = .007$ ). Del análisis de contenido de los cuatro grupos focales realizados, hay que señalar que todos los participantes manifestaron que el programa había influido favorablemente en su estado de salud. En cuanto a las debilidades del programa los usuarios destacaron problemas de infraestructura (limitado espacio físico y escasez de materiales)y, necesidad de contar con un psicólogo en el equipo asistencial.

Como fortalezas consideraron fundamentales la calidad humana de los profesionales, los aspectos organizacionales, y el intercambio de experiencias entre los compañeros del grupo.

**CONCLUSIONES:** Se ha demostrado la efectividad del programa en las áreas de funcionamiento social y emocional, quizás las más afectadas en el proceso de recuperación de la enfermedad. La evaluación cualitativa confirma la importancia del apoyo de los profesionales y de los compañeros para disipar dudas, superar los miedos asociados a haber sufrido un infarto, y recobrar una perspectiva de futuro.

Los aspectos del programa más criticados requieren la aportación de recursos materiales y humanos por parte de la organización.

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. Carmen de Pablo y Zarzosa, Alberto Grima-Serrano, Emilio Luengo-Pérez y Pilar Mazón-Ramos (2007) .Prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca. Rev Esp Cardiol; 60: 68-78.
2. Lic. Enf. Ana Lane Pinson (2004). Actualidades en rehabilitación cardíaca. Rev mexicana cardiol; 12 (3): 106-111.
3. Baena Díez JM, del Val García JL, Tomás Pelegrina J y cols (2005). Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo en atención primaria. Rev Esp Cardiol; 58 (4): 367-73. Son estudios realizados en España que aportan datos epidemiológicos de las enfermedades coronarias y cardiovasculares, e información sobre los programas de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca.
4. Márquez-Calderón S, Villegas Portero R, Briones Pérez de la Blanca, y cols (2003). Implantación y características de los programas de rehabilitación cardíaca en el Sistema Nacional de Salud español. Rev Esp Cardiol; 56 (8): 775-82. Analiza la situación actual de los programas de rehabilitación cardíaca en España.
5. Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS, Thompson D, Oldridge N, Ebrahim S (2001). Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease (Cochrane review). The Cochrane Library, Issue 1. Oxford: Update software. Revisión sistemática de la bibliografía existente acerca de los componentes de los programas de rehabilitación cardíaca.
6. Yu CM, Lau CP, Chau J, McGee S, y cols (2004). A short course of cardiac rehabilitation program is highly cost effective in improving long term quality of life in patients with recent myocardial infarction or percutaneous coronary. Comparan parámetros funcionales mediante cuestionarios de calidad de vida pre y post-test para valorar la evolución de los usuarios.
7. Thompson DR, Cheuk-Man Y (2003). Quality of life in patients with coronary heart disease-I: Assessment tools. Health and Quality of Life Outcomes, 1:42. Revisión sistemática de instrumentos que se utilizan con mayor frecuencia para medir calidad de vida en los pacientes cardíopatas.

**AUTOR/ES:**

Meiremar Cardoso dos Santos, Joana Fornés Vives y Margalida Gili Planas.

**TÍTULO:**

Hostigamiento psicológico y síntomas de estrés en una muestra de profesionales de enfermería brasileña

**TEXTO DEL TRABAJO:**

1.-Introducción

El hostigamiento psicológico es un fenómeno frecuente en el ámbito laboral (1,2,3,4,5) y la Enfermería es una de las profesiones más vulnerables(1,6,7,8) Este fenómeno puede condicionar la valoración que haga la propia enfermera de su profesión(7,8) y su permanencia en la misma (6,8).

Objetivos

1) Conocer la percepción del hostigamiento psicológico en una muestra de enfermería clínica de Brasil, 2) la valoración personal que hace dicho grupo de la profesión y 3) los síntomas de estrés relacionados con esta situación.

Metodología

La muestra está constituida por 43 profesionales de enfermería (18,6% hombres y 81,4 mujeres) de un hospital del Estado de Minas Gerais, Brasil. 29 corresponden a enfermeros o supervisores de enfermería, 2 auxiliares de enfermería y 12 técnicos de enfermería. Los instrumentos utilizados fueron: a) un cuestionario de elaboración propia que evalúa, entre otras las variables socioprofesionales: edad, sexo y tiempo de ejercicio profesional; b) El Cuestionario de Hostigamiento Psicológico en el Trabajo (HPT-R) de Fornés (2005) y 3) el de Cuestionario de Consecuencias de Estrés de Manassero (2003). Se realiza un análisis descriptivo de las variables mencionadas.

Resultados

Los resultados obtenidos muestran que el 37,2% de la muestra estudiada se percibe actualmente hostigada en el trabajo, el 86% cree que la profesión enfermera no esta bien valorada socialmente y el 25,13% presentan síntomas importantes de estrés laboral. Entre ellos sobresalen por su intensidad: la tensión emocional, el sentimiento de inferioridad e infelicidad, la preocupación, la sensación de que la gente le mira mal, entre otros. Los datos también demuestran que los síntomas de estrés son directamente proporcionales a la percepción del hostigamiento

1-Discusión

A pesar de la escasa muestra los datos obtenidos están en consonancia con la literatura europea y americana publicada sobre la temática, en el sentido de que 1 de cada 4 profesionales de enfermería se percibe hostigada y no se encuentra a gusto en el trabajo, como consecuencia, lo valora negativamente. Ello sugiere la necesidad de implantar medidas correctoras para evitar riesgos laborales psicosociales innecesarios.



## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Fornés J, Martínez-Abascal MA, García de la Banda G, Reinés J. Hostigamiento Laboral en el Personal de Enfermería de Baleares. Proceedings of the 3rd Conference on Occupational Risk Prevention, Mondelo P, Mattile M, Karwowski W, Hale, A. Santiago de Compostela. 2004.
2. Peiró JM, González G, Moliner C. Acoso Psicológico en el Ámbito Laboral: El Mobbing. III Encuentro de Psicología a les Illes Balears (Palma de Mallorca, España) 2003; Disponible en: [www.uv.es/uipot/memo2003\\_congresos.htm](http://www.uv.es/uipot/memo2003_congresos.htm) . (Consultado el 21.09.2004).
3. Moreno-Jiménez B, Rodríguez A. Número Monográfico sobre Acoso Psicológico en el Trabajo: Una perspectiva general. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones 2006;22(3):245-249.
4. Einarsen S, Hauge L. Antecedentes y Consecuencias del Acoso Psicológico en el Trabajo: Una Revisión de la Literatura. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones 2006;22(3):251-273.
5. Muñoz H, Guerra de los Santos JM, Barón M, Munduate L. El Acoso Psicológico desde una Perspectiva Organizacional. Papel del Clima Organizacional y los Procesos de Cambio. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones 2006;22(3):347-361.
6. Rodrigo M. Estrés de los profesionales de Enfermería. Revista Rol de Enfermería 1995;201(5):65-67.
7. Agüir V, Pons R, Echeagaray M. Estresores Laborales y Bienestar Psicológico. Revista Rol Enfermería 2000;23(7-8):506-511.
8. McKenna B, Smith N, Poole S, Coverdale J. Horizontal Violence: Experiences of Registered Nurses in Their First Year of Practice. Journal of Advanced Nursing 2003;42(1):90-96.

**AUTOR/ES:**

SONIA ÁLVAREZ SÁNCHEZ Y JUAN PABLO DÍAZ DE ÁVILA DÍAZ

**TÍTULO:**

"LA IMPORTANCIA DE UN REGISTRO DETALLADO"

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**Introducción:**

Los profesionales de enfermería no están acostumbrados a describir en los registros, las lesiones de los pacientes tratados por ellos para un control más exhaustivo de la evolución de dicha lesión por parte de otro profesional sanitario, distinto al que habitualmente realiza dicha cura. Pero actualmente y gracias a las nuevas tecnologías, sí se recogen imágenes de las mismas como único documento para una segunda opinión profesional...

**Objetivo(s):**

- Estudiar la eficacia del uso de fotografías en la interpretación, diagnóstico y elección del tratamiento de las lesiones, careciendo de información complementaria.

**Métodos:**

- Estudio de Concordancia entre: la interpretación de fotografías y el registro por la enfermera clínica responsable de la cura.  
Se evaluaron 6 fotografías diferentes por 44 profesionales de enfermería con conocimientos sobre manejo de úlceras y lesiones dermatológicas, de forma anónima e independiente. Para ello, se les adjuntó dichas fotografías sin información añadida, y junto a éstas, se les facilitó un cuestionario planteándoles una serie de preguntas acerca del tipo de lesión que veían, su localización y zona de afectación. Los resultados fueron comparados con la ficha clínica real, de cada una de las imágenes. En el análisis se utiliza el Índice Kappa.

**Resultados:**

- El 0,48k de profesionales coincidieron en la localización de la lesión a valorar. El 0,36k de coincidencia en el grado de afectación. Y un 0,32k de qué tipo de lesión se trata.

**Discusión:**

- El 0,93k señalan, que unas fotos no son suficientes para poder diagnosticar, tratar o hacer cualquier tipo de valoración.

Los resultados, sugieren que es necesario registrar los datos útiles para la interpretación de las lesiones (localización, fase en la que se encuentra, tunelizaciones, signos de infección, estado general del paciente, etc) para poder llegar a una comprensión veraz.

Las dudas que las fotografías han generado apuntan a que: los cursos teóricos, tanto presenciales como on-line; el uso de la telemedicina para un diagnóstico inmediato, como segunda opinión diagnóstica, o dentro del área de educación, pueden no ser útiles a la enfermería clínica, sino están debidamente cumplimentados con datos.

Póster/Poster 80

**AUTOR/ES:**

Isabel Yovana Quispe Mendoza; Aparecida de Cássia Giani Peniche

**TÍTULO:**

Paciente anciano quirúrgico: Complicaciones en el período de recuperación postanestesia

**TEXTO DEL TRABAJO:**

Este trabajo tuvo como objetivos: Identificar los factores de riesgo de mayor incidencia en el paciente anciano quirúrgico durante los períodos pré-operatório y postoperatorio. Identificar las complicaciones más frecuentes del paciente anciano en el período de recuperación post-anestésica. Relacionar las complicaiones más frecuentes del paciente anciano en el recuperación post-anestésica a los factores de riesgo de mayor incidencia del paciente anciano durante los períodos pre-operatorio y intra-operatorio. MATERIAL Y MÉTODO La muestra fue constituida por 110 historias clínicas de pacientes ancianos sometidos a cirugía durante el año 2004, los mismos que obedecieron a los siguientes criterios de inclusión: ancianos, de ambos sexos, sometidos a cirugías electivas, de emergencia y urgencia. Para la colecta de datos se utilizó un formulario con el fin de contemplar los objetivos de este estudio. RESULTADOS: Los resultados mostraron que, 62 (56,4%) eran del sexo masculino; 63 (57,3%) pacientes dentro del grupo de edad de 70 a 79 años; 36 (32,7%) con hipertensión arterial sistémica; 66 (60%) clasificados como ASA II. En lo referente a los factores de riesgo relacionado al período intra-operatório, en 69 (62,7%) pacientes, el tiempo de cirugía fue inferior a tres horas; 90 pacientes (81,8%) fueron posicionados en decúbito dorsal horizontal en la mesa quirúrgica; 59 pacientes (53,6%) fueron sometidos a cirugía abdominal y 56 (50,9%) fueron sometidos con anestesia general. Con relación a las complicaciones en la sala de recuperación post-anestésica: 61 (55,5%) presentaron hipotermia, 48 (43,6%) dolor y 40 (36,4%) desarrollaron hipertensión arterial sistémica. De acuerdo con los resultados del análisis de regresión logística, el sexo masculino y femenino presentaron asociación estadísticamente significativa con todas las complicaciones en la sala recuperación post-anestésica, se evidenció mayor asociación entre los ancianos de 70 a 79 años con la presentación de disnea (OR= 2,78) y ancianos de 80 a 89 años presentaron mayor asociación con taquicardia (OR= 1,40). No se obtuvo asociación entre los ancianos mayores de 90 años con las complicaciones investigadas. En lo referente a la hipertensión arterial, el nivel II obtuvo mayor asociación con bradicardia (OR= 8,01); así como el score ASA categorías II y III incrementan la posibilidad de presentar hipertensión arterial en el período de recuperación post-anestésica (OR= 4,79; 10,71) respectivamente. Con relación a la asociación entre las complicaciones más frecuentes en la sala de recuperación post-anestésica con los diferentes factores de riesgo del período intraoperatorio, el tiempo de cirugía superior a cinco horas tuvo mayor asociación con hipertensión arterial (OR = 6,49) cuando fue comparado a las cirugías con duración entre 3 a 5 horas y inferior a 3 horas. La posición decúbito lateral presentó mayor asociación con hipotermia, náusea, vómito y dolor (OR = 6,68; 5,79; 3,12), respectivamente, al ser comparado a las posiciones decúbito dorsal horizontal y litotómica. Entre los tipos de cirugía, la artroplastia tuvo mayor asociación con náusea e vómito (OR = 7,64) seguida de la asociación entre reducción de fractura con taquicardia y dolor (OR = 3,71 e 2,05), respectivamente. Cuando se realizó la asociación entre el tipo de anestesia y complicaciones en recuperación post-anestésica, la anestesia raquídea presentó mayor asociación con taquicardia (OR = 4,24), al ser comparada a la anestesia general y peridural. CONSIDERACIONES FINALES: Siendo así, los pacientes ancianos constituyen un desafío para el equipo de salud en sala de recuperación post-anestésica, los cuales deben llevar en cuenta la alta prevalencia de enfermedades asociadas así como también las alteraciones funcionales decorrentes del proceso de envejecimiento.

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. Nunes TA. Limites da cirurgia no paciente idoso. In: Petroniau A, Pimenta LG. Cirurgia Geriátrica. Rio de Janeiro: Medsi; 1998. p. 309-13.
2. Bailes BK. Perioperative care of the elderly surgical patient. AORN 2000; 72 (2):186-207.
3. Nguyen NT, Rivers R, Wolfe BM. Factors associates with operative outcomes in laparoscopic gastric bypass. J Am Coll Surg 2003; 197(4): 548-555.
4. Koyima Y, Narina M. Postoperative outcome among elderly patients after generalanesthesia. Rev. Acta Anesthesiolo Scand 2006; 50:19-25.
5. El-Haddawai F, Abu-Zidan FM, Jones W. Factors affecting surgical outcome in the elderly at Auckland hospital. ANZ J Surg. 2002; 72(8):537-41.
6. Samain E, Schauvliège F, Deval B, Marty J. Anesthesia for breast cancer surgery in the elderly 2002. Critical Reviews in Oncology/Hematology 2003.
7. Nishida K, Okinaga K, Miyazawa Y, Ssuki K, Tanaka M, Hatano M, et al. Emergency abdominal surgery in patients aged 80 years and older. Rev. Surg Today 2000; 30: 22-27.
8. Diogo MJD, Paschoal SMP, Cintra FA. A avaliação global do idoso. In: Duarte YA, Diogo MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 145-171.
9. Widman J, Isacson J. Lateral position reduces blood loss in hip replacement surgery: a prospective randomized study of the 74 patients. International Orthopaedics (SICOT) 2001; 25:226-227.
10. Lima Costa MF. Saúde Pública e envelhecimento. Editorial Cad. Saúde Pública 2003; 19(3): 700-703.

Póster/Poster 81

**AUTOR/ES:**

Ramos M, Arnanz M, Esteva M, Cabeza E y Ruiz A

**TÍTULO:**

Desencadenantes de consulta al médico ante síntomas de cáncer colorectal y percepción del proceso diagnóstico

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**Objetivos:** 1) Conocer la interpretación de los síntomas de inicio del cáncer colorectal desde el punto de vista de las personas que los presentan; 2) Averiguar cuáles son los principales desencadenantes de consulta al médico de las personas con cáncer colorectal cuando presentan síntomas y, 3) Describir las percepciones acerca del proceso diagnóstico del cáncer colorectal desde el punto de vista de las personas afectadas.

**Métodos:** Estudio cualitativo realizado desde la perspectiva teórica del interaccionismo simbólico teniendo en cuenta la perspectiva de género. Se han realizado entrevistas semiestructuradas a personas con cáncer colorectal diagnosticadas y tratadas durante los doce meses anteriores en el sistema sanitario público. Las entrevistas tuvieron lugar en el domicilio de los participantes. Para su selección, se tuvieron en cuenta: el sexo, el ámbito, el nivel educativo y la localización del cáncer (colon/recto).

**Resultados:** Se han entrevistado doce personas con cáncer colorectal. La mayoría eran del ámbito rural, sin estudios y con un cáncer localizado en el recto. Los principales resultados que emergen de las entrevistas describen lo siguiente: tanto los hombres como las mujeres atribuyen inicialmente los síntomas a procesos banales; las personas que tienen información o experiencia previa con la enfermedad sospechan que puede tratarse de un cáncer; los cambios en las características de los síntomas o la persistencia de los mismos desencadenan la consulta, tanto en los hombres como en las mujeres; los familiares más próximos, principalmente las mujeres más próximas, son un desencadenante de consulta en los hombres; las mujeres entrevistadas, en cambio, no comentan nada con la familia hasta haber ido al médico; los hombres suelen aprovechar las visitas al médico por otros motivos, mientras que las mujeres consultan directamente por los síntomas; en las personas que sospechan que podrían tener un cáncer, el miedo a tenerlo parece actuar como desencadenante en aquellas con conocimientos previos; por el contrario, tanto la experiencia previa con el cáncer como el desconocimiento sobre el mismo hacen que la persona tarde en consultar; el periodo de espera entre la consulta al médico y la consulta a digestivo es vivido como largo, y a menudo interrumpido por visitas a urgencias; cuando el especialista visualiza el tumor, las personas perciben la gravedad del problema, y que a partir de ese momento el proceso se agiliza; el conocimiento que las personas tienen sobre el cáncer ha sido en las personas entrevistadas un elemento clave para comprender el proceso, participar en las decisiones y, en definitiva, afrontarlo.

**Discusión:** En la muestra de personas entrevistadas no están suficientemente representadas las que viven en medio urbano, con estudios y con cáncer de colon. Son, no obstante representativas de la población usuaria de los servicios sanitarios públicos de Baleares. Se ha observado que el comportamiento de los hombres y las mujeres ante la aparición de síntomas relacionados con un cáncer colorectal es distinto, y que las diferencias están claramente relacionadas con el rol cuidador de las mujeres, es decir, con el género. También hemos visto que la sospecha de tener un cáncer puede actuar como facilitador pero también como dificultador de la consulta al médico. El conocimiento previo sobre el cáncer propicia la consulta, y en general parece ayudar a afrontar la enfermedad. El tiempo de espera para la realización de una colonoscopia es percibido como largo por las personas con cáncer colorectal. Todos estos aspectos deberían ser tenidos en cuenta por las autoridades sanitarias.

**Póster/Poster 82**

**AUTOR/ES:**

C Rodríguez Martín, M C Castaño Sánchez, Y Castaño Sánchez, M A Custodio Sánchez, D Muñoz Vicente, L García Ortiz, M Alonso González, S Méndez Puente  
Centro de Salud La Alamedilla. Salamanca.

**TÍTULO:**

MOTIVACIÓN DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS PARA MODIFICAR SUS ESTILOS DE VIDA.

#### **TEXTO DEL TRABAJO:**

**OBEJTIVO:** Evaluar el grado de motivación para modificar los estilos de vida en los pacientes hipertensos en atención primaria.

#### **MÉTODOS:**

**DISEÑO:** Estudio observacional descriptivo, dentro de la fase I del estudio experimental: "Evaluación de una estrategia para mejorar los estilos de vida de pacientes hipertensos de Atención Primaria de Salud".

**ÁMBITO:** Atención primaria.

**SUJETOS:** 101 pacientes hipertenso menores de 75 años seleccionados por muestreo aleatorio, 62 mujeres (61,4%) (DE 9.06).

**MEDICIONES:** Edad, sexo, peso, perímetro abdominal, IMC, PAR 7 days, test de Prochaska – Di Clemente para valorar el grado de motivación para el cambio en relación al ejercicio, tabaco y alimentación.

**RESULTADOS:** **TABACO:** Existe un bajo porcentaje de fumadores 7 (7%) y exfumadores 26,7 (26%), encontrándose la mayoría de ellos en fase de mantenimiento (I:62,5%, C: 76,5%). No existen diferencias significativas en las distintas fases entre el grupo intervención y control, ni en relación con el sexo, IMC, obesidad central y grado de actividad. Por el contrario, encontramos una significación estadística al considerar la edad (la población más joven se encuentra en fase de contemplación).

**EJERCICIO:** La mayoría son activos (67%). No existen diferencias significativas en las distintas fases entre los dos grupos, ni en cuanto a sexo, IMC, obesidad central y grado de actividad. En relación a la edad existe diferencia significativa, siendo nuevamente el grupo más joven el que está en fase de contemplación.

**ALIMENTACIÓN:** El 75% de los pacientes considera que hace una dieta adecuada, sin que existan diferencias significativas en las distintas fases entre grupo intervención y control, sexo, IMC, obesidad central y grado de actividad. En relación a la edad si existe diferencia significa, siendo la población más joven la que se encuentra en fase de precontemplación.

**CONCLUSIONES:** La mayoría de los pacientes se encuentran en fase de acción y mantenimiento. La población más joven aún se encuentra en fase de precontemplación y contemplación. Sobre este último grupo hay que reforzar las intervenciones para conseguir que modifiquen sus estilos de vida hacia hábitos más saludables.

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. L García Ortiz ,I. Santos Rodríguez , PL. Sánchez Fernández, M<sup>a</sup> C. Mora Santiago ,J Arganda Maya,M<sup>a</sup> T. Rodríguez Corral efectividad de una intervención de mejora de calidad en la reducción del riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos. Revista Española de Cardiología 2004; 57: 664-51
2. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. American Heart Association 2003. Hypertension 2003;42:1206-52.
3. Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Diseases Prevention in Clinical Practice. European guidelines on cardiovascular disease in clinical practice. European Journal of Cardiovascular prevention and Rehabilitation 2003, 10 (Suppl 1):S1-S78
4. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. N Engl J Med. 2001;344:3-10. 26.
5. Documento Consenso de la SEEDO, SEEN, semFYC, SEMI, SENC y Sociedad Española de Arterioesclerosis Obesidad y Riesgo Cardiovascular. 2003.
6. JoAnn E., Manson M.D., Dr.P.H., Philip Greenland M.D., Andrea Z. LaCroix Ph.D. et al Walking Compared with Vigorous Exercise for the Prevention of Cardiovascular Events in Women. New Eng Journal of M 2002; 347:716-25.
7. Varo Cenarruzabeitia J.J, Martínez Hernández J.A y Martínez González M.A. Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. Med Clin 2003;121:665-72.
8. Alonso J., Regidor E., Barrio G., Prieto L., Rodríguez C., de la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. Medicina Clínica 1998; 111: 410-6 .



**AUTOR/ES**

María Fabiola Bustamante Andrade, Dr. Ramón Fuentes Fernández.

**TÍTULO:** ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA IMPLEMENTACION DE SISTEMAS DE VALIDACIÓN EN PROCESOS DE ESTERILIZACIÓN, EN CLINICA ODONTOLÓGICA DOCENTE ASISTE

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**RESUMEN:**

La Carrera La Carrera de Odontología de la Universidad de La Frontera, Temuco, Chile, en su Clínica Odontológica Docente Asistencial, desarrolla actividades docentes y a la vez ofrece servicio de salud oral integral a la comunidad con una orientación preferentemente preventiva e integral, en que los pacientes que acceden a los distintos tratamientos de las diversas enfermedades, que se presentan en la cavidad oral, son efectuados por los alumnos de la Carrera de Odontología.

Ello conlleva a un manejo del instrumental y equipos, para evitar la contaminación cruzada, lo que sabemos es de vital importancia si tenemos en cuenta que de este depende la salud del paciente hasta el punto de comprometer su vida misma, por lo que se cuenta con una Unidad de Esterilización, en la que parcialmente se fueron incorporando a partir del año 2000, este sistema de Validación de los Procesos de Esterilización.-.

**PALABRAS CLAVES:**

Normas, Educación, Socialización, Esterilización, Validación de procesos..

**INTRODUCCIÓN**

El Servicio que ofrece la Clínica Odontológica Docente Asistida (C.O.D.A) del Departamento de Odontología Integral de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Frontera desarrolla actividades docentes y a la vez ofrece servicio de salud oral integral a la comunidad. Estos tratamientos de las diversas enfermedades que se presentan en la cavidad oral son efectuados en la C.O.D.A por los alumnos de la Carrera de Odontología, con la supervisión directa de sus docentes tutores.

Tiene una orientación preventiva e integral, en que los pacientes reciben educación en salud oral para disminuir el riesgo de aparición de nuevas enfermedades y tratamientos odontológicos integrales que devuelvan la salud y función normal de la cavidad oral de los pacientes que soliciten atención.

Los tratamientos que se realizan incluyen :Prevención, Sellantes, Fluoración, Educación en Salud Oral, Periodoncia, Operatoria, Endodoncia y Prótesis.

Nuestra Unidad de Esterilización fue creada con el nacimiento de la Clínica, en el año 1996, sin contar con todos los sistemas de funcionamiento que nos permitieran certificar la calidad de sus procesos , a partir del año 2000, progresivamente fueron mejorando los procesos utilizados, en relación a Normas del Minsal , Chile, además de incorporándose procesos de certificación, todo ello derivó de un diagnóstico inicial, una sociabilización de los riesgos a que se exponía nuestra población en atención y escasa confiabilidad en los procesos realizados, tanto al cuerpo docente, alumnos usuarios del instrumental e insumos y personal de la Unidad.

**PROBLEMA:**

Falta de normas de esterilización claras y difundidas.

Uso inadecuado de métodos de esterilización para instrumentales , equipos e insumos.

Inexistencia de sistema de validación de procesos de esterilización.

Desconocimiento cabal de las funciones de la unidad.

**MATERIAL Y MÉTODO:**

Diagnóstico de la situación problema.

Informe escrito los encargados de los Directivos de la Carrera y la Clínica, en el que se enunciaba detalladamente los problemas existentes y se proponían las soluciones a aplicar según normas vigentes del Minsal, Chile, enunciando lo que influía en costos de la implementación de las nuevas medidas.

Sociabilización de los cambios a implementar, a la totalidad de los involucrados, a través de diversas actividades. Establecimiento de normas.

Implementación del sistema de nuevos procesos de esterilización según características del material y su validación.

Evaluación de las medidas implementadas en el 1° año de uso formal, 2001, en adelante.

Informe de los resultados obtenidos con la reestructuración de procesos e implementación de medidas de validación de procesos.

**RESULTADOS**

Cambios definitivos en los procesos de esterilización de instrumental, equipos y insumos odontológicos en nuestra Unidad de Esterilización.

Mejora en la vida útil del material reutilizable odontológico de los alumnos.

Certificación de los procesos realizados.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Sabiendo que en la práctica de la odontología la infección cruzada puede ocurrir por varios mecanismos: del paciente al personal que lo atiende, del personal sanitario al paciente y de un paciente a otro. Y que esta transmisión puede produ

**BIBLIOGRAFÍA:**

- (1) CDC. Recommended Infection-Control Practices for dentistry, 1993,.MMWR 42 (Nº RR-8):1-12,1993.
- (2) Bercibar E., Daniela, Guevara S., Luis A., Orta L., Inés A. "Control del proceso de Esterilización en el Consultorio Odontológico" Año 8 – Nº 4, 1999.
- (3) "www.DENTREK.COM, Curso de Mantenimiento de Piezas de Mano", U.S.A. 2003.
- (4) Miller CH, Palenik CJ. Sterilization, disinfection, and asepsis in dentistry. En: Block SS, ed. Disinfection, Sterilization and Preservation. 4th ed. Filadelfia: Lea & Febiger, 1991:676-695.
- (5) Miller CH, Palenik CJ. Control de la infección y manejo de materiales peligrosos para el equipo de profesionales de salud dental. Madrid: Harcourt, 2000, Cap. 11:135-174.
- (6) Otaíza, F., & Brenner, P., \*Ministerio de Salud, Programa de I.I.H. de la División de Salud de las Personas, Chile, Manual Sistema de Vigilancia de las Infecciones Intrahospitalarias, Minsal, Santiago, 1998, pp5-9.-
- (7) Otaíza, F., & Brenner, P., \*Ministerio de Salud, Programa de I.I.H. de la División de Salud de las Personas, Chile, Manual de Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias y Normas del Programa Nacional de I.I.H., Minsal, Chile, 1993, pp1-13
- (8) Otaíza, F., & Brenner, P., \*Programa Nacional de Infecciones Intrahospitalarias, Ministerio de Salud, Chile, Manual de Acreditación de Hospitales y Estándares de Evaluación. 1997,
- (9) Spaulding EH. Chemical disinfection and antisepsis in the hospital. J. Hosp. Res. 1972;9:5-31.
- (10) STERIS. La esterilización hospitalaria. 2º ed. S.S. de los Reyes: Kaher II, 1997, Cap. 3: 45-84.

**AUTOR/ES:**

M<sup>a</sup> del Rosario Domínguez Gil, M<sup>a</sup> Eugenia Acosta Mosquera, M<sup>a</sup> Jesús Albar Marín, Inmaculada Méndez Martín, Isabel Maestre Ramos, Marcela Frutos Cantó, Caridad Pedrote Ramírez.

**TÍTULO:**

Evaluación del Estado de Salud percibido de los cuidadores de las pacientes intervenidas de cáncer de mama en el Hospital V. Macarena

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**1. OBJETIVOS:**

Evaluar el Estado de Salud percibido de los cuidadores principales de las pacientes intervenidas de cáncer de mama en el Hospital Universitario Virgen Macarena.

**2. MÉTODOS:**

Diseño: Estudio descriptivo, mediante técnicas cuantitativas.

Ámbito de estudio: Unidad de Gestión Clínica de Ginecología y Obstetricia, Consulta de Enfermería Postquirúrgica de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Virgen Macarena.

Sujetos de estudio: Se han incluido 59 cuidadores principales, que han sido seleccionados mediante un muestreo consecutivo. Se seleccionaron aquellos que reunían los siguientes criterios de inclusión: acceder a participar voluntariamente en el estudio, no padecer déficit sensoriales ni cognitivos, y no presentar patologías psiquiátricas previas.

Instrumento: Para la recogida de la información se ha utilizado el Cuestionario de Salud General de Goldberg. Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 28 ítems divididos en cuatro subescalas: A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfunción social), y D (depresión grave).

Recogida de la información: El cuestionario, se les entregaba a los cuidadores principales que acudían con las pacientes a las sesiones de educación sanitaria que la enfermera de la consulta postquirúrgica habitualmente imparte en las instalaciones del hospital. Durante éstas, se les explicaba la finalidad del estudio y se les invitaba a participar. Los cuidadores principales completaban los cuestionarios en sus domicilios y los entregaban una vez cumplimentados, al acudir con las pacientes a la siguiente revisión en la consulta de enfermería. Los cuestionarios se devolvían en sobres cerrados para preservar su anonimato.

Aspectos éticos: Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética del centro, y en todos los casos, se requirió el consentimiento verbal de las participantes.

Análisis de la información: El análisis de la información se ha realizado con el programa estadístico SPSS versión 13.0.

**3. RESULTADOS:**

Datos sociodemográficos: La media de edad de los cuidadores principales era de 46,72 años (DT=13,200), eran hombres un 54,2% de los participantes, en concreto, eran las parejas en un 52,5% de los participantes. En cuanto a su situación laboral el 72,3% tenía profesiones liberales. Del análisis descriptivo de las variables del cuestionario, se obtienen los siguientes resultados: De una puntuación de 0 a 1, siendo 1=caso y 0=no caso; las áreas que obtienen puntuaciones más cercanas a 1, y por tanto manifiestan síntomas, es la dimensión de ansiedad e insomnio, que obtiene una puntuación de 0,6748 (DT=0,320). Por otra parte, la presencia de síntomas somáticos obtiene una puntuación intermedia de 0,494 (DT=0,326).

**4. CONCLUSIONES:**

En base a los resultados obtenidos, se concluye que, los cuidadores principales de las pacientes intervenidas de cáncer de mama en el Hospital Universitario Virgen Macarena, presentan, en un elevado porcentaje, síntomas relacionados con la ansiedad y el insomnio, a la vez que muestran diversas manifestaciones somáticas, relacionadas ambas con la difícil situación emocional que acarrea la enfermedad grave de un familiar. En consecuencia, las enfermeras deberían atender a estos signos de enfermedad presentes en los cuidadores principales, así como desarrollar intervenciones encaminadas a paliar en lo posible sus dificultades.

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. Petrie W; Logan J; DeGrasse C. Research review of the supportive care needs of spouses of women of breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. Nov-Dec 2001; 28(10): 1601-7.
2. Mellon S. Comparisons between cancer survivors and family members meaning of the illness and family quality of life. *Oncol Nurs Forum*. Aug 2002; 29(7): 1117-25.
3. Kornblith AB; Ligibel J. Psycosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer. *Semin Oncol*. Dec 2003; 30(6): 799-813.
4. Cox K; Wilson E. Follow-up for people with cancer: nurse-led services and telephone interventions. *Journal of Advanced Nursing*. 2003;43(1), 51-61.
5. Geiger AM; Mullen ES; Sloman PA; Edgerton BW; Petitti DB. Evaluation of a breast cancer patient information and support program. *Eff Clin Pract*. Jul-Aug2001; 3(4): 157-65.
6. Seidl EM; Zannon CM. Quality of life and health: conceptual and methodological issues. *Cad Saude Publica*. Mar-Apr 2005; 20(2): 580-8.
7. Velarde-Jurado E; Ávila-Figueroa C. Metohodological considerations for evaluating quality of life. *Salud Pública Mex*. Sept-Oct 2002; 44(5):448-63.
8. Plan Integral de Oncología en Andalucía 2002-2006. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla. 2002.
9. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London. Oxford University Press. 1972.
10. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*. 1979; 9:139-45.

**AUTOR/ES:**

Goberna Tricas Josefina, Gómez Moreno Carme, Banús Jiménez Rosa, Palacio Tauste Alicia, Linares Sancho Sara.

**TÍTULO:**

LA IMAGEN FETAL Y SU SIGNIFICADO EN LOS CONTROLES ECOGRÁFICOS DURANTE EL EMBARAZO

**TEXTO DEL TRABAJO:**

**Introducción:**

El desarrollo de la tecnología biomédica y del conocimiento científico se ha impuesto en el ámbito de la asistencia a embarazo y nacimiento, generando una medicalización continuada del proceso de asistencia sanitaria a la maternidad. Esta medicalización se ha legitimado bajo el argumento de la seguridad y los buenos resultados obstétricos.

En los últimos años, desde diferentes sectores sociales se han alzado voces que alertan del peligro que esta medicalización continuada y excesiva genere un proceso de alienación para la mujer gestante y una pérdida de calidad de la relación asistencial.

**Objetivos:**

- Describir los sentimientos de las mujeres que han sido madres recientemente, en relación con la visión del feto en los controles ecográficos realizados durante el embarazo.
- Analizar el significado que para las mujeres tiene la observación del feto durante los controles ecográficos prenatales.

**Métodos:**

Estudio descriptivo con utilización de metodología cualitativa. La técnica utilizada ha sido el grupo de discusión. Se han realizado seis grupos de discusión, entre mayo de 2006 y mayo de 2007, en dos centros de atención primaria de la provincia de Barcelona

**Resultados:**

Se han analizado las percepciones de las mujeres en relación con la visión fetal durante los controles ecográficos prenatales. Reconocen que desde el punto de vista médico-sanitario el número de ecografías es suficiente, pero de forma prácticamente unánime, las mujeres del estudio, demandan un mayor número de ecografías. La visión del feto hace que adquieran mayor percepción de su existencia, se produce una objetivación del embarazo que les produce sensación de bienestar y las tranquiliza. Han utilizado expresiones del tipo: "Yo creo que hacen falta más ecografías". En ocasiones, consideran la ecografía como un artículo de consumo, casi como un artículo de lujo, que les proporciona bienestar psicológico y les permite obtener un recuerdo permanente de su hijo, en su vida intra-uterina, por ello a veces acuden a consultas privadas para obtener una o más ecografías

**Discusión:**

Algunos autores han cuestionado el uso de los ultrasonidos durante el embarazo para usos no diagnósticos (1), dado que la utilización de la imagen fetal con fines no médicos supone una continuación de la medicalización del embarazo. Otros autores han puesto también de manifiesto que la progresiva medicalización del embarazo y de los cuidados antenatales ha supuesto una pérdida de control, por parte de la mujer gestante, sobre el propio proceso.(2)

Las mujeres de nuestro estudio no se sienten seguras confiando tan solo en su propia capacidad de auto-percepción de la presencia del feto. Solo la auscultación del latido cardíaco fetal y fundamentalmente su visión ecográfica del mismo, consiguen tranquilizarlas, dándoles la seguridad de saber que el feto sigue vivo y se encuentra bien. Vivimos en la era de la imagen y las mujeres necesitan de esta imagen para sentirse tranquilas y disminuir su ansiedad. Algunos autores (3) denominan esta situación como de embarazo tentativo, puesto que muchas mujeres acaban viviendo sus embarazos a través de los juicios de los profesionales sanitarios.

El papel de los profesionales sanitarios como agentes potenciadores de la autocapacidad de las mujeres para afrontar con éxito su propia maternidad, constituye un nuevo campo de actuación en la atención al nacimiento. Potenciar las competencias profesionales de tipo ético y comunicativo se convierte en un factor clave en la formación de las matronas, como profesionales que dan asistencia a los embarazos y partos normales.

**BIBLIOGRAFÍA:**

- 1.- Chevernak FA, McCulloch LB. An ethical critique of boutique fetal imaging: A case for the medicalization of fetal imaging. Am J Obstet Gynecol. 2005; 192: 31-33.
- 2.- Narotzky S. Mujer, mujeres, género. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones científicas, 1995.
- 3.- Rothman BK. The tentative pregnancy: Then and now. Fetal. Diagn. Ther. 1993; sup 1: 60-63.

<p><b>AUTOR/ES:</b>M, Bayón Cabeza; S, López Palacios; RM, García Pardo; C, Gómez Pesquera; S, Garrido Elustondo</p>
<p><b>TÍTULO:</b>Proyecto de Mejora de Cartera de Servicios del Área 7 de Atención Primaria de Madrid</p>
<p><b>TEXTO DEL TRABAJO:</b></p> <p><b>JUSTIFICACIÓN</b>                  La Cartera de Servicios de Atención Primaria se define como el Catálogo de Prestación de Servicios desde el primer nivel asistencial, que permite trabajar con calidad y a la vez gestionar a través de la evaluación anual de los procesos asistenciales. La informatización de la historia clínica (OMI-AP) en los centros de salud ha posibilitado la evaluación informatizada a través de Sentencias SQL. El traspaso de información desde la historia de papel a la informática y el cambio en los modelos de evaluación ha sido progresivo iniciándose en el año 2004. La demora informática en el Área 7 ha sido grande a causa de problemas infraestructurales y organizativos de algunos centros. Los resultados alcanzados en la evaluación del año 2005, que fue mixta (historias de papel y en OMI) fueron satisfactorios superándose el objetivo (índice sintético) planteado. El índice sintético, que representa el porcentaje de actividad realizada en relación con el total realizable (100%), alcanzó un valor de 36,8 puntos en modalidad mixta, mientras el resultado en modalidad SQL fue de 29,4. El volcado de información no se había completado. El pacto 2006 era alcanzar 37,1 íntegro en SQL. El reto que se planteaba era importante.</p> <p><b>OBJETIVOS</b>                  General: Alcanzar el Índice Sintético pactado para Cartera de Servicios del año 2006: 37,1.                  Específicos: Impulsar la actualización de la información en las historias clínicas informáticas OMI-AP y extender la modalidad de evaluación Sentencias SQL a todas las UCAs del Área 7</p> <p><b>MÉTODOS</b>                  Constitución de un grupo de trabajo liderado por los Responsables de Cartera de Servicios, Equipo Directivo de la Gerencia y Responsables de Cartera de los Centros, que definió realizar 4 evaluaciones en el año para hacer un seguimiento exhaustivo de la evolución de los numeradores. El análisis de los resultados alcanzados en las evaluaciones proporcionaría al grupo las líneas prioritarias de actuación: actualización del Manual de Cartera OMI-V6 del Área y redifusión entre los Centros, instalación de la Aplicación Informática para evaluaciones descentralizadas, desarrollo de una aplicación informática para la detección de errores de registro en los Criterios de Inclusión de los Servicios de Crónicos: HTA, Obesidad, Hipercolesterolemia y Diabetes; información de errores y de la estrategia de corrección; unificación de sistemas de registro y circuitos de información para Captación y Seguimiento del embarazo y reuniones periódicas con los profesionales de los centros más alejados del pacto</p> <p><b>RESULTADOS</b>                  Se realizaron 7 evaluaciones en el año 2006. Los índices sintéticos alcanzados en los meses de abril, junio, agosto, septiembre, octubre y noviembre fueron respectivamente: 29,7; 32,3; 33,8; 35,5; 37,1 y 37,7; superando con el último el resultado pactado con la Dirección General (37,1). Los resultados obtenidos en el mes de abril permitieron detectar los centros con más dificultad para alcanzar sus objetivos, los servicios alejados del pacto y aquellos susceptibles de ser abordados. Los servicios priorizados: Captación y Seguimiento del embarazo, Hipertensión, Hipercolesterolemia, Inmovilizados, Terminales y Cirugía menor; incrementaron de forma llamativa sus coberturas, superando algunos de ellos en 10 puntos los valores pactados.</p> <p><b>DISCUSIÓN</b>                  La puesta en marcha del proyecto de mejora ha permitido alcanzar el pacto de Cartera y realizar la evaluación informatizada SQL. La monitorización periódica ha permitido poner en marcha intervenciones sobre servicios susceptibles de mejora produciendo incrementos en las coberturas, así como la detección de incidencias. El abordaje en grupo de trabajo ha propiciado la implicación de los profesionales y la introducción a la "cultura" de gestión de Cartera desde cada UCA</p> <p><b>BIBLIOGRAFÍA:</b>                  Subdirección General de Atención Primaria. Manual de Procedimiento de Cartera de Servicios. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2005.</p>

<p><b>AUTHOR/S:</b> Tahere Salimi; Leili Shahbazi; Khadije Nasiriani : Mohammadhassan Dehghanpour</p>
<p><b>TITLE:</b> The assessing of B.M.I. in nursing student &amp; related factor</p>
<p><b>TEXT:</b> It is widely acknowledged that overweight and obesity are associated with an amplified risk of disease and health condition. BMI which is calculated as weight (kg)divided by height squared (m)<sup>2</sup> ,was chosen as a simple measurement of body weight in relation to height .</p> <p>Objectives The aim of study was determine of BMI in nursing student of Shahid Sadoghi University and their related factor</p> <p>2. - Methods: This research was cross –sectional study. The sampling consisted of 100 nursing student. Data gathering tools were demographic data, measurement of height &amp; weight . BMI categorized to low weight, normal, over weights &amp; fatty .Data analysis has done by using of SPSS.</p> <p>3.- Findings: The finding showed mean &amp; standard deviation age 20.83±1.63 .mean &amp; SD of height was 40.162±7.65 &amp; weight 57.69±9.56 &amp; time of exercise 17.28±15.91 &amp; BMI 80.21±2.82 .the result showed 27% low weight ,65% normal , 7% overweight &amp; 1% obese. This is significant deference between BMI &amp; exercise statues. (P= 0.01)</p> <p>4. - Discussion: On the finding some of nursing student was overweight or obese that is a major contributor to the global burden of chronic disease .So far needs to regular &amp; heath diet may be help to preventing in problem.</p>
<p><b>BIBLIOGRAPHY:</b> Cook, Stephen MD; Gidding, Samuel S. MD Modifying Cardiovascular Risk in Adolescent Obesity. Circulation. 115(17):2251-2253, May 1, 2007. Bell, Lana M.; Byrne, Sue; Thompson, Alisha; Ratnam, Nirubasini; Blair, Eve; Bulsara, Max; Jones, Timothy W.; Davis, Elizabeth A. Increasing Body Mass Index z-Score Is Continuously Associated with Complications of Overweight in Children, Even in the Healthy Weight Range. Journal of Clinical Endocrinology &amp; Metabolism. 92(2):517-522, February 2007. Farpour-Lambert, Nathalie J. 1; Keller-Marchand, Laetitia MJ 1; Martin, Xavier E. 1; Golay, Emmanuelle 1; Schwitzgebel, Valerie 2; Aggoun, Yacine 1; Beghetti, Maurice 1 Hypertension Is an Early Complication of Childhood Obesity and Is Associated with Physical Activity and Aerobic Fitness: 2532: Board#40 2:00 PM - 3:00 PM. Medicine &amp; Science in Sports &amp; Exercise. 38(5) Supplement:S475-S476, May 2006. CUTTLE, LEONA MD; WHITTAKER, JUNE L. MPH; KODISH, ERIC D. MD THE OVERWEIGHT ADOLESCENT: CLINICAL AND ETHICAL ISSUES IN INTENSIVE TREATMENTS FOR PEDIATRIC OBESITY. Journal of Pediatrics. 146(4):559-564, April 2005.</p>



Póster/Poster 91

AUTHORS:

Esmæili,(Kermanshah Nursing University)  
Homayon Esmæili, Parvin Mozafary, Behjat Afkari

TITLE: The Study of quality of Life In after bypass surgery in Kermanshah, Iran in 2006

TEXT:

Today by increasing life expectancy, chronic disease is considered as primary health problem. Restoring health is a primary therapeutic goal for patients and all interventions are directed toward improving their Quality of life.

It was a descriptive study .census sampling was used. Data was gathered by using Questionnaire short form (SF- 36). This tool , is a generic questionnaire consisting of 36 questions covering eight aspects of health status : physical functioning ,role physical , bodily pain , general Health , vitality , social functioning , role emotional , and mental health. Second part of questionnaire contained demographic data, such as (sex, age, area of living, marital status, literacy, kind of job, family incomes, number of children).

40 clients after 2 months from bypass operation were our samples. They were physically able to answer the questions, literate and fluent in Farsi language.

Result: from 40 patients, 60 % were female, 85% lives in the town and 100% were married. the question relating to each area are summed and rescaled to a 100 point scale , where 100 is the best possible score and zero the worst possible.

Finding showed that, generally, Quality of Life in Patients is good and highest mean score was related to social function and the lowest mean score was about general health.

Rehabilitation program is very useful for all of clients with chronic disease .and it need to improve for restoring health status and increasing life expectancy. in this way patient education is most important. And nurse's role to guide patients is so good sources of information. And Nurses have the power to impart emancipatory knowledge, knowledge that frees patients from anxiety, pain, and suffering.

**AUTHORS:**

Katayon Esmaeili ( Kermanshah Nursing University) , Mahdi Esmaeili,  
Mohamadrasol Tohidnia, Fatemeh Ahmady

**TITLE:**

The study of knowledge of nurses about Hazard of Radiology in Their work place in Kermanshah in 2004

**TEXT:**

In the special unit in hospitals using portable Radiology is a common procedure for better patient diagnosis, and some clients in the Orthopedic and Cardio-Respiratory ward due to monitoring must take a picture with portable radiology set .and during radiation some Nurses have to standing near their patient and exposed by radiation. It seems that they have not enough knowledge for protective themselves against Radiation.

It was a descriptive study on 87 Nurses in special ward (intensive Care unit, Coronary care unit, Medical surgical ward) .Samples was selected by cluster randomize.

Data collected by using Questionnaire with 2 sections. the first part contained demographic data, such as ( age sex , kind of ward , kind of shift , job experiments ) .the second part contained most common items about knowledge of Nurses on Radiology Hazard .

Reliability and Validity of questionnaire were measured. The SPSS software was used for data collection. We used descriptive statistics (mean, average, and deviation). And descriptive T-test and Spearman correlation test.

Results: results showed that, in samples there was a low level of knowledge about hazard of radiation (53% weak, 41% mild, 6 % good and nobody knowledge was in excellent level). And also about knowledge of samples due to using protective methods against Radiation, result showed 7 % was weak, 85% was mild and 8% was good score and nobody was excellent .from 87 sample, only one Nurse, taking courses about protective methods against Radiation.

Conclusion: Based on our results we suggested that , all Nurses must motivated by administration to learning more about Hazard of radiation and learning safety way to protected themselves , and increasing the depth and width of knowledge and skills.

Póster/poster 94

**AUTHOR/S:**

Dr. Beverley Temple, and Dr. Elaine Mordoch University of Manitoba, Canada

**TITLE:**

Students' Attitudes Towards People with Intellectual Disabilities

**TEXT:**

Background: In our experience nursing students do not understand their role in caring for people with ID and students express a dislike for entering clinical areas for their experience when the majority of the population is people with ID. The research about attitudes towards people with ID indicates that personal experiences, age and general knowledge level may influence the development of attitudes and the health care that is provided. The main aim of this research was to gain a better understanding of nursing students' perceptions of and attitudes towards people with ID.

Method: A cross-sectional survey design was used. The sample of nursing students was recruited from second and fourth year nursing students in one nursing program in a Canadian prairie city. A research assistant recruited students at the end of their classes. The survey tool consisted of 23 questions including the areas: definitions of disability, personal experience with people with ID, the nurse's role, the Scale of Attitude towards Disabled Persons (SADP), and demographics. Data analysis was based on 119 completed surveys.

Findings and Discussion: The average age of the participants was 26 years of age. The majority of students were female with 13 males participating. The majority of students had completed other post-secondary education (66%). The majority were single, never married (68%) and identified their main activity as being full time students (56%). Sixty-nine percent were white/caucasian students. Their income varied a great deal with 33% having less than \$29,999 per year and 36% having an income greater than \$60,000 per year. The scores for the SADP scale have a range from 0-144 with the greater number indicating a more positive attitude. The range scores for this study was 50-102 with the average score being 74.83 (CI 72.97-76.69). The score increased slightly by fourth year but was not a significant difference. When asked what came to mind as a definition of disability, 48% of students identified disability as problems in functioning. A wheelchair was often identified as a symbol of disability (13%). When asked about students' feelings when they encounter a person with ID, the majority of students in both years indicated that they occasionally or rarely felt awkward. The scores for the question if they ever felt fear when encountering a person with ID recorded similar scores across the scale of often, occasionally, rarely, and never. The majority of students personally knew someone with an ID (67%), but the mean scores for those students on the SADP were not significantly different from those who didn't know someone. The other variables measured included the year in the nursing program, gender, ethnicity, age and more education did not produce significantly different results on the SADP attitude score. When asked about their nursing education, 82% of second year and 63% of fourth year students did not feel that they had enough information about interacting with or caring for people with ID. But, 76.9% of second year and 84% of fourth year students agreed or strongly agreed that they felt confident in caring for a person with an ID in a medical setting. The majority of students (57%) agreed or strongly agreed that compared to other groups, people with ID have more health needs that require assessment or intervention from nurses. Students (98%) agreed or strongly agreed that nurses have an important role to play in meeting the needs of people with ID. However, 80% of students felt that nurses who specialize in caring for people with ID should have the main role in meeting their nursing needs. 96% did not consider people with ID a lower priority to receive care compared to other patients. The variables identified in the literature to influence the development of positive attitudes were not significant in this study. More information about people with ID needs to be included in nursing education programs. Personal experience alone is not enough to create positive attitudes, the types of experiences must also be considered. It will be important to understand practicing nurses attitudes in future research as these may influence students in their learning.

**BIBLIOGRAPHY:**

Antonak R. The measurement of attitudes toward people with disabilities: Methods, psychometrics, and scales. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas Publisher; 1988.

Cervantez-Thompson T, Emrich K, Moore G. The effect of curriculum on attitude of nursing students towards disability. Rehabil Nurs. 2003 28(1): 27-30.

Chenoweth L, Pryor J, Jeon Y, Hall-Pullin L. Disability-specific preparation programme plays an important role in shaping students' attitudes towards disablement and patients with disabilities. Learn Health Soc Care. 2004 3(2): 83-91.

French S. (1996). The attitudes of health professionals towards disabled people. In: Hales G, editor. Beyond disability. Towards an enabling society. Thousand Oaks: Sage Publications; 1996. p.151-162.

McConkey R, Truedsdale M. Reactions of nurses and therapists in mainstream health services to contact with people who have learning disabilities. J Adv Nurs. 2000 32(1): 158-163.

Packer T, Iwasiw C, Theben J, Sheveleva P, Metrofanova N. Attitudes to disability of Russian occupational therapy and nursing students. Int J Rehabil Res. 2000 23:39-47.

Scullion P. Conceptualizing disability in nursing: some evidence from students and their teachers. J Ad Nurs. 1999 29(3): 648-657.

**AUTHOR/S:**

Kalafati Maria\*, RN, MSc, PhD, Bellali Thalia, RN, MSc, PhD, Koreli Alexandra RN, MSc, Hatzopoulou Maria, RN, MSc, Karydaki Athina RN, Fytrou Eleni, RN, Maria Prassianaki RN, Giakis Nikolaos RN. Contact address: Faculty of Nursing University of Athens, Greece, mkalafat@nurs.uoa.gr

**TITLE:**

AN EVALUATION OF A PILOT TEACHING INTERVENTION REGARDING CLINICAL GUIDELINES IN GREEK ICU NURSES

**TEXT:**

In Hellas, there is no official systematic implementation of Clinical Guidelines (CGs) in hospitals till today. Also, different levels of basic nursing education and need for up-to-date nursing practice (continuous advances in scientific knowledge and biomedical technology) empowered the need for nursing CG development. The above reasons led the Department of Emergency and Intensive Nursing (DEIN) of Hellenic National Nurses' Association (HNNA) to constitute a team of expert nurses (Team for Guideline's Development, TGD). A recent study (1), among ICU Hellenic nurses, showed that endotracheal suctioning procedure of intubated adult patients is one of the top priorities in clinical practice; consequently TGD proposed CG development for endotracheal suction procedure, followed the International Standards. Current literature suggests pilot implementation of CG before publicized (2,3). The TGD of DEIN of HNNA has set-up a clinical workshop for Intensive Care Units' (ICUs) nursing staff. The aim of workshop was to evaluate evidence-based clinical practice of endotracheal suctioning and the effectiveness of the relevant teaching session (practice versus knowledge). The clinical workshop was carried out in three phases and 51 nurses were participated. The 84.3% was females, 86.3% were registered nurses and 25.5% had 2 to 8 years clinical experience. The workshop was designed according to teaching methods and techniques for adults in accomplishing changes in clinical practice (4,5,6). Group discussion and exchange of personal and professional experiences were encouraged in a supportive environment. After workshop, discussion was taken place with audience, so as to explore those clinical recommendations that needed further clarification. Teaching intervention lasted three hours including three phases (4,5,6):

During the first phase, an anonymous self-completed questionnaire distributed to participants regarding actual clinical practice on endotracheal suctioning procedure for intubated adults. Members of TGD asked participants to state the actual procedure in their clinical practice and not according to their knowledge. The collection of questionnaires was followed by a presentation regarding the necessity of evidence-based nursing. In the second phase, CG for endotracheal suctioning procedure was presented in detail, as it was proposed by the TGD. During the above presentations, collected data was analyzed by members of TGD. In the third phase, same questionnaires were distributed to participants. Finally, there was a discussion on the first results of knowledge and practice and on diversions from proposed clinical guideline. Members of team recorded all comments and questions of participants. Collected data was analyzed with descriptive statistics, analysis of variance ANOVA and  $\chi^2$ -tests. Findings before and after teaching intervention were statistically significant ( $p < 0.005$ ) in following (7,8,9): a) before endotracheal suctioning in relation to: using of sterile glove, mask, disposable apron and protective eyewear, hand-washing with antiseptic soap, selection of appropriate size catheter, as well as using instillation technique to facilitate the thinning of secretions, b) during endotracheal suctioning in relation to negative pressure of vacuum apparatus c) after suctioning regarding rinse suctioning tube with water for injection. Participants showed lack of up-to-date evidence-based knowledge regarding the stage of pre-endotracheal suctioning procedure. Responses revealed that participants demonstrated great knowledge improvement in some topics of the workshop; while in other topics, knowledge was less improved. Furthermore, the fact that most questions were responded correctly after the training program does not predetermine what is applied in current practice. The efficiency of the teaching intervention should be assessed subsequently at the participants' work place, using multimethodological approach, probably combining quantitative and qualitative methods such as questionnaire and observation.

**BIBLIOGRAPHY:**

1. Taylor-Hewitt J. Clinical Guidelines and care protocols, *Int Crit Care Nurs* 2004, 20: 45-52.
2. Team of Guideline's Development (TGD) of the Department of Emergency and Intensive Nursing (DEIN) of Hellenic National Nurses' Association (HNNA), Clinical Guidelines: Are we ready to apply in the daily clinical nursing practice? Newsletter of DEIN, Ed. K. Papanikolaou, 2006, pg 6-8
3. Thomson L, O'Brien M, Freemantle N, Oxman AD, Wolf F, Davis DA, Herrin J. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2001, 2:CD003030
4. Knowles M, Holton EF, Swanson RA. *The Adult Learner: The Definitive Classic in Adult Education and Human Resource Development*. Woburn, MA: Butterworth-Heinemann, 1998.
5. Davis D, Thomson O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA* 1999, 282: 867-74.
6. Davis DA, Thomson O'Brien MA, Oxman, AD, Haynes RB. Changing physician performance: a systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995, 274: 700-5.
7. Morrow BM, Futter MJ, Argent AC. Endotracheal suctioning: from principles to practice. *Int Care Med* 2004, 30: 1167-74
8. Winters AC, Munro N. Assessment of the mechanically ventilated patient: an advanced practice approach. *AACN Clin Issues* 2004, 15: 525-33
9. Littlewood KE. Evidence-Based Management of Tracheostomies in Hospitalized Patients. *Resp Care* 2005, 50: 516 -518

**AUTHOR/S:**

Khazai Nahid.

**TITLE:**

Comparative study of pain following intramuscular injections by Z & routine methods

**TEXT:**

1. - Objectives: This randomized cross-over controlled clinical trial was conducted to compare the severity of pain following intramuscular injection by Z & routine methods in patients at selected clinics in Tehran.

2. - Methods: A Convenient sample of 90 men and women between 18 – 58 years old were selected. Subjects were randomly assigned to groups A and B. A demographic questionnaire, Mc Gill pain scale, and a numerical scale for seepage of drugs and blood were used to collect data. Patients were instructed to identify their pain severity by the 10-point Mc Gill scale and the seepage of drug as well as blood was observed by the researchers and measured according to the numerical scale. The patients received a single injection of 1 ml Gentamycin in each method at a 30 minute interval.

3. - Findings: It was found that there was no significant difference between the two methods in severity of pain and seepage ( $p>0.05$ ). Drug seepage in Z method was 0.19 – 0.39 cc, and in routine method, 0.31 -0.51 cc. There was no significant correlation between the body mass index of participants and pain severity or seepage in each method ( $p.0.05$ ).

4.- Discussion (which must include the study's implications for clinical practice)

The findings of this study proved that there is no significant difference in severity of pain resulting from the two methods of intramuscular injections. Earlier studies by Kim (1998) suggested that the severity of pain caused by Z method is less than routine method of injection (1). However, a research carried out in UK stated that Z method was more painful comparing to the routine method utilizing the air bubbles. Most interesting result of this study was that air bubbles used in routine method had a positive effect on the control of drug seepage. It also showed that skin irritations and damages were less due to the air bubbles (2-3).

However, statistical study of the present research proved other than what had been found previously. It indicated that intramuscular injections by the two methods of routine and Z do not differ significantly, neither on severity of the pain nor on drug or blood seepage. This is because statistical analysis obtained from this research showed no meaningful statistical difference. Therefore, it is not possible to ascertain which one of the two methods can be more effective in control of pain resulting from intramuscular injections.

**BIBLIOGRAPHY:**

1. Kim KS. Comparison of two intramuscular injection techniques on the severity of discomfort and lesions at the injection site. Kanho Hakhoechi 1998;257-268.
2. Mc Gabhanne L. A comparison of two depot injection technique. Nursing Standard 1998;12(37):39-41.
3. Quartermaine S, Taylor R. A comparative study of depot injection technique. Nursing Time 1995;91 (30):36-39.

**AUTHOR/S:**

Dr Bronagh Blackwood

**TITLE:**

A framework for implementing and evaluating complex healthcare interventions

**TEXT:**

Background: Health care interventions (such as those aimed at changing service delivery, organisation and the behaviour of health professionals) pose problems in evaluation because of their interdependent and interrelating components. For example, a content component (involving guidelines and protocols used); a practical component (involving behaviours such as skills assessment, patient monitoring and decision making); and an organisational component (involving preparation and delivery).

Objectives: This methodological paper analyses the usefulness of the Medical Research Council's Framework for Evaluating Complex Interventions in developing and evaluating a nurse-led intervention to reduce mechanical ventilation time for critically ill patients.

Methods and findings: The phases of the MRC framework are described. In addition, the procedures and research methods used, and their findings are outlined. In the pre-clinical phase, the evidence base for the intervention was reviewed. Phase I involved exploratory work (interviews and preliminary surveys) to define the different components of the intervention. In Phase II the intervention was developed and its feasibility in practice was tested and adapted. The main trial was conducted in Phase III and, although Phase IV was not undertaken, its long-term implementation into practice is examined.

Discussion: The framework is an effective tool for guiding clinicians, not only to consider how the components of the intervention fit together, but also to consider the evaluation of each component to ensure effectiveness. The implications for clinical research practice are improved definition of components, a robust study design and greater generalisability of results which will give investigators and funding bodies reasonable confidence that an appropriately designed, relevant study is being proposed.

**BIBLIOGRAPHY:**

Medical Research Council. A Framework for Development and Evaluation of RCTs for Complex Interventions to Improve Health, 2000. [www.mrc.ac.uk/complex\\_packages.html](http://www.mrc.ac.uk/complex_packages.html) (accessed 31/05/07)



Póster/Poster 98

**AUTHOR/S:**

Stamatopoulou Evangelia\*, RN, Tsafou Eftichia, RN, Pouliou Vaia RN, Hiotelis Ioannis, RN, Stamatopoulou Panagiota, RN, Kalafati Maria, RN, MSc, PhD, Bellali Thalia, RN, MSc, PhD, Fytrou Eleni, RN, Hatzopoulou Maria, RN, MSc, Karydaki Athina RN,  
Contact address: University Hospital of Athens, ATTIKON Greece, stamean@otenet.gr

**TITLE:**

AN EVALUATION OF A TEACHING INTERVENTION REGARDING SYNCHRONIZED ELECTRICAL CARDIOVERSION CLINICAL GUIDELINES IN GREEK CARDIAC NURSES

**TEXT:**

Internationally, Clinical Guidelines (CGs) have been developed and disseminated as they are considered to be an effective and promising tool for improving the quality of health care (1,2). CGs have extensively researched regarding synchronized electrical cardioversion in adult patients. In Greece, there are no national clinical guidelines to provide direction regarding the management of cardiac patients based on the best available evidence. An evaluation of the educational needs among cardiac nursing staff suggested that synchronized electrical cardioversion (SECV) is a fine example of a step to step procedure and for that it was proposed for the development of a CG in clinical practice. International Standards and Guidelines were reviewed in order to constitute the best possible clinical practice procedure. Current literature suggests further implementation efforts has to focus on diminishing barriers and enhancing cardiac nurses to work according to the CG (1). The Team for Guidelines' Development of Department of Emergency and Intensive Nursing of Hellenic National Nurses' Association and the Team of the Working Group on Cardiovascular Nursing (WGCVN) have set-up a clinical workshop for 48 nursing staff. The 81.3% were female, 41.7% had one year to 10 yrs work experience and only 37.6% were cardiac nursing staff. The aim of workshop was to evaluate evidence-based clinical practice of SECV and the effectiveness of the relevant teaching session (practice versus knowledge) (3,4,5). Synchronized Cardioversion procedure in detail is: a)Pre- cardioversion procedure: admit in CCU, collect and check appropriate equipment, confirm patient's ID, check patient's medical file, explain procedure to the patient, ensure patient hasn't eat > 8h, prepare and position patient, b) During cardioversion procedure: Wash hands, apply defibrillator monitor cable leads, position paddles or pads on patient, give sedation, assess vital signs, engage synchronization mode and select appropriate recommended energy level, ensure "all clear", press charge button and discharge buttons simultaneously, check monitor, analyze rhythm and reassess patient and c)Post-cardioversion procedure: Estimate patient's neurological status, airway patency, ECG, VS, skin and soft tissues condition, place patient in the right position, document procedure, take away used equipment, inform patient whether the cardioversion was successful, discharge from CCU. The findings in correlation between responses of participants before and after teaching intervention were statistically significant ( $p < 0.005$ ) in the following (6,7,8): a) pre-cardioversion: the workshop led to an obvious improvement in the right responses without statistical significant differences, b) during cardioversion in relation to the safety modules for nursing staff they use ( $p < 0.000$ ) and some explanatory questions in order to improve the proportion of the wrong/right responses after the intervention and c) post-cardioversion regarding the implications for the patient ( $p < 0.05$ ) and the patient's position ( $p < 0.000$ ) Findings in comparison with the responses before and after training intervention revealed that participants demonstrated greatly improved knowledge in some components of the workshop material; while in others the knowledge was less improved. The objective aim of the clinical workshop was to enforce nurses using the specific clinical guideline in their daily clinical practice and to understand the effectiveness of continuing training. The fact that most questions were responded correctly after the training program does not predetermine what it is applied in current practice.

**BIBLIOGRAPHY:**

1. Taylor-Hewitt J. Clinical Guidelines and care protocols, *Int Crit Care Nurs* 2004, 20: 45-52.
2. Thomson L, O'Brien M, Freemantle N, Oxman AD, Wolf F, Davis DA, Herrin J. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2001, 2:CD003030
3. Knowles M, Holton EF, Swanson RA. *The Adult Learner: The Definitive Classic in Adult Education and Human Resource Development*. Woburn, MA: Butterworth-Heinemann, 1998.
4. Davis D, Thomson O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA* 1999, 282: 867-74.
5. Davis DA, Thomson O'Brien MA, Oxman, AD, Haynes RB. Changing physician performance: a systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995, 274: 700-5.
6. Synchronized Cardioversion Algorithm *Circulation* 2000;102:I-136-165
7. Deakin CD, Nolan JP. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005, section 3. Electrical therapies: Automated external defibrillators, defibrillation, cardioversion and pacing. *Resuscitation*, 2005;S25-S37
8. Smallwood A. Nurse-led elective cardioversion: an evidence-based practice review. *Nursing in Critical Care* 2005, 10(50):231-240

Póster/Poster 99

**AUTHOR/S:**

Tahere,Salimi - leili , Shahbazi - Khadije Nasiriani - Mohammadhasan , Dehghanpour  
Naime Pourramezani- Najme Mousavi - Khadije Abdoshahi –Manije Bakhshi

**TITLE:**

Vulnerability against stress in nursing students of Shahid Sadoughi University

**TEXT:**

Introduction: nursing is a stressful profession and this problem could be negative effect on quality of nursing care, that it gets patient dissatisfaction. So this research done to determined vulnerability against stress in nursing students of Shahid Sadoughi University.

Methods: This research was descriptive-analysis study. Samples included 200 nursing students of Shahid Sadoughi University. Data collection instrument were a demographic questionnaire and vulnerability against stress questionnaire.

Finding: finding showed in all vulnerability against stress was in average level. Maximum, f vulnerability were related to suitable vacation (%83) and slight exercise (%80), minimum of vulnerability against stress were related to smoking (%15) health status (%25), Change of life style (%27). There was no significance results obtained from demographic status and vulnerability against stress in nursing students.

Discussion: According to the result of this research it is necessary that mangers of college must be pay attention more and appreciate them for use of vacation and performance of slight exercise.

**BIBLIOGRAPHY:**

1. Piko , B . Satisfaction and dissatisfaction in changing society . Journal of nursing administration , 2000, vol 30 , no10, PP : 425-479
2. Ingersol ,G , Nursing job satisfaction original commitment and career intent . Journal of nursing administration .2000 , vol 30 , no97 , PP: 309-316
3. Erlen , j . A . Who speaks for the vulnerable ? Orthopaedic nursing . Mar/Apr 2006 , vol 25 , no2, PP: 133
4. Manojlovich , M . Enhancing nursing job satisfaction through improvement in the practice environment and effective nurse/physician communication . Journal of nursing administration , May /2006 , vol 36 , no 5 . PP : 229-230
5. Amos . M . A , Hu , j . Herrick . C.A. The impact of team building in communication and job satisfaction of nursing. Jan/Feb 2005 , vol 21 , no 1 PP : 10-16
6. Goodell , T.T , Coiling . H.V.E. Out comes of nurses satisfaction . Journal of nursing administration .1994 , vol 31 , no 2 . PP : 36-41
7. Flangan . N.A , Flanagan .T.J. An analysis of the relation between job satisfaction and job stress in correctional nursing . Research in nursing and health . 2002-vol 25 , PP : 282-294

**Póster/Poster 100**

**AUTHOR/S:**

Mohammadhasan , Dehghanpour - Seyedali , Mirhosseini – Abbas Rajabioun -Tahere,Salimi - leili , Shahbazi - Farokhsoheil , Arshadi

**TITLE:**

The effects of education on quality of life in war victims

**TEXT:**

**Objectives:**

In our society there is a big group of human that they are different from the others in a certain way from one of mental, physical, emotional and specific behavioral. War victims are of these persons that lose their health in different ways and many of them have many problems in physical, mental, emotional or specific behavioral. All related organization should try to lessen the different side effect. One of the important approaches in presenting in taking care of war victims is about different situations of life that can promote the level of life. According to above , this study was down with purpose of determine of the effects of education on quality of life

**Methods:**

This present study was an experimental research. This study was carrying out on 40 war victims who are under" Atieh Sazan Hafez" Company surveillance. The data was collected via questionnaire about demographic information and quality of life about physical , emotional , familial and socioeconomic status that fill out before and after health education . The data was analyzes using SPSS.

**Findings :**

The results demonstrated that in war victims before and after health education mark difference, showed meaningful difference from statically point of view [ physical status ( P=0.001 ) , emotional status (P=0.000 ) ]but this difference was not significance in socioeconomic status (P=0.197)

**Discussion :** To analyze the data obtained quality of life in war victims promote via health education and this method can be used to promote life quality of war victims.

**BIBLIOGRAPHY:**

Keys . c . Employer attitudes workers with disabilities and their ADA Employment right a litcoature review. Journal of rehabilitation . 2000 , vol 66 , No 4 . PP : 4-16 .

Lyons . M. Students attitudes to ward persons with disabilities . 1999 , vol 45 , No 11 , PP : 311-360 .

Olson , A & Whit . G . Ahitudes to ward people with disabilities . Rehabilitation nursing . 1998. Vol 23 . No 3 , PP : 126-131 .

North way . R. Quality of life as a concept for developing learning disability nursing practice. J clin Nurse . 2003 , Vol 12 , No 1 . PP: 57-66.

CAPP- M.B. Quality of care and quality of life. Mc George Law Review . 2000.

Brillhart , B . Studying the quality of life and life satisfaction among persons with spinal cord injury undergoing management . Rehabilitation nursing 2004 , vol 12 , No4 . PP: 122-127.

England , M. Mediation of the relationship between Inner voice experiences and health related quality of life . perspective in psychiatric care . 2005 , vol 41 , No 1 . PP :22-35.

Stanton , S.L. The rise and fall of an American Army . novato : Presidio Press. 1985.

Duggan , C.H. et al .Daily life in a nursing home Topics in spinal cord injury rehabilitation 2002 , vol 7 , No3 . PP: 112-131.

VanDijk , A. J. The quality of life Assessment . Journal of Rehabilitation medicine . 2000 , vol 32 , PP:104 –110.

Resnick , B. Health related Quality of life . Rehabilitaion nursing . 2005 , vol 3 . , No 2 , PP:46-56.

Canam ,C. et al . Quality of life for family caregiever of people with chronic health problems .

**Póster/Poster 101**

**AUTHOR/S:**

Hamid ,Saheb–Tayebe,Salimi–Tahere,Salimi– Mohammadhasan , Dehghanpour

**TITLE:**

Healthy And High Risk Nutritional Behaviours Of School Age Children

**TEXT:**

**Objectives:**

Basic malnutrition is the major cause of children mortality and morbidity. In spite of expending millions of dollars for agriculture development, reconstructing projects, expanding supplemental nutrition and founding nutritional centers, malnutrition is a major problem in children and adolescents. According to, the objective of this study was determined healthy and high risk nutritional behaviours of school age children in Tehran.

**Methods:**

This survey tries to introduce suitable solutions to promote children's nutritional behaviors. In this way we tried to accomplish various FGDs among children between 8 and 12 years of age. We asked about consuming junk foods, dairies, and home-made snacks in a few schools in north, center and south of Tehran. We believe that the result of this survey is necessary to be thought in schools curriculum and producing TV spots and educating programs in different media.

**Findings :**

Overall, there were no major problems in eating breakfast and choosing health diets among the students of north and center of Tehran. Unfortunately, there were problems in south of Tehran. Almost half of the students who took part in this survey did not eat breakfast and they also used junk foods such as cheese snack and chips as their routine cuisine.

**Discussion:**

It seems that poverty and social pressures are the causes of ill health behaviors. It also seems that those who are capable to bring home-made snacks or buy better snacks try to consume junk foods in order to be like others. However, there were no obvious differences with students in north and center of the city. One of the problems in the students in this study in the south of the city was the peers' pressure. Its major cause is the absence of the life ten skills as the ability to say No, handling the stresses, etc.

**BIBLIOGRAPHY:**

Wickramasinghe VP, Lamabadusuriya SP, Atapattu N, Sathyadas G, Kuruparanantha S, Karunarathne P.Nutritional status of schoolchildren in an urban area of Sri Lanka . Ceylon Med J. 2004 Dec;49(4):114-8. Links.

Humenikova L, Gates GE.Dietary intakes, physical activity, and predictors of child obesity among 4-6th graders in the Czech Republic.Cent Eur J Public Health. 2007 Mar;15(1):23-8

Olivares S, Kain J, Lera L, Pizarro F, Vio F, Morón C.Nutritional status, food consumption and physical activity among Chilean school children: a descriptive study.Eur J Clin Nutr. 2004 Sep;58(9):1278-85

Consumption of fruit juices and beverages by Spanish children and teenagers: health implications of their poor use and abuse]An Pediatr (Barc). 2003 Jun;58(6):584-93.

Póster/Poster 102

**AUTHOR/S:**

Tahere,Salimi - leili , Shahbazi - Mohammadhasan , Dehghanpour  
Sarafraz Abiari –Tayebe Shahri

**TITLE:**

The Effects Of Newborn Resuscitation Workshop On Skills Of Nursing & Midwifery Staffs

**TEXT:**

Objectives: The purpose of this study was determining the effects of newborn resuscitation workshop on skills of nursing & midwifery staffs.

Methods: This research was clinical trial and the samples were 60 Nursing & Midwifery Staffs of Shahid Sadoughi University .The data was collected via checklist about newborn resuscitation skills including prevention of hypothermia ,open the airway , tactile stimulation , positive pressure ventilation ,chest compression ,tracheal intubations ,and evaluation of respiratory rate ,pulse rate and appearance of newborns. The data was collected before and after workshop. The data was analyzes using SPSS.

Findings: Before workshop means of score s in nursing & midwifery staffs of shahid sadoughi university about newborn resuscitation skills was 2.8(from 6) and after the workshop means of scores in nursing & midwifery staffs was 5.2(from 6).(P=0.00)

Discussion: Newborn resuscitation workshops have considerable effects on the level of skills of nursing & midwifery staffs. According to results of this study was suggest that newborn resuscitation workshop is used in nursing & midwifery staffs.

**BIBLIOGRAPHY:**

Haws, Rachel A 1; Thomas, Abigail L 1; Bhutta, Zulfiqar A 2; Darmstadt, Gary L 1,\* Impact of packaged interventions on neonatal health: a review of the evidence. Health Policy & Planning. 22(4):193-215, July 2007.

Hellstrom-Westas, Lena; Forsblad, Kristina; Sjors, Gunnar; Saugstad, Ola Didrik; Bjorklund, Lars J.; Marsal, Karel; Kallen, Karin Earlier Apgar Score Increase in Severely Depressed Term Infants Cared for in Swedish Level III Units with 40% Oxygen Versus 100% Oxygen Resuscitation Strategies: A Population-Based Register Study. Obstetrical & Gynecological Survey. 62(5):292-293, May 2007.

Saugstad, Ola Didrik New guidelines for newborn resuscitation. Acta Paediatrica. 96(3):333-337, March 2007.

O'Hare, B. A. a; Nakakeeto, M. b; Southall, D. P. c A Pilot Study to Determine if Nurses Trained in Basic Neonatal Resuscitation would Impact the Outcome of Neonates Delivered in Kampala, Uganda. Journal of Tropical Pediatrics. 52(5):376-379, October 2006.

O'Donnell, Colm PF 1,2,3; Stewart, Michael J 1,3,4; Mildenhall, Lindsay FJ 5 Neonatal resuscitation in Australia and New Zealand. Journal of Paediatrics & Child Health. 42(1-2):4-5, January/February 2006.

HEINONEN, KIRSTI Focus on neonatal resuscitation-NOW. Acta Paediatrica. 94(7):825-827, 2005.

Simpson, Kathleen Rice PhD, RNC, FAAN Failure to Rescue: Implications for Evaluating Quality of Care During Labor and Birth. Journal of Perinatal & Neonatal Nursing. 19(1):24-34, January/March 2005.

O'Donnell, C PF; Davis, P G; Morley, C J Neonatal resuscitation: Review of ventilation equipment and survey of practice in Australia and New Zealand. Journal of Paediatrics & Child Health. 40(4):208-212, April 2004.

Póster/Poster 104

**AUTHOR/S:**

Leili Shahbazi; Mohammadhassan Dehghanpour; Tahere Salimi ; Khadije Nasiriani :Seyedali Mirhosseini

**TITLE:**

The assessing of obesity and overweighting& related factor in nursing staff

**TEXT:**

It is widely acknowledged that overweight and obesity are associated with an amplified risk of disease and health condition.

Objectives : Determine of obesity and overweighting& related factor in nursing staff in Shahid Sadoghi Hospital

Methods: This research was cross-sectional study). The sampling consisted of 60 nursing staff. Data gathering tools were demographic data, measurement of height & weight. Data analysis has done by using of SPSS.

Findings:The finding showed 83.3% female , 68% rotation shift , mean & standard deviation age  $32.35\pm 6.16$  , years of service work  $9.63\pm 6.4$  .mean & SD of height was  $162.32\pm 5.9$  & weight  $63.57\pm 6.91$  .the result showed 5& low weight ,73.4% normal , 3.13% overweight & 8.3% fatty. This is no significant deference between BMI & exercise statues. However 50% didn't exercise.

Discussion: On the finding more of 20% nursing staff was fatty or over weight that can threaten health. So far needs to exercise in work environment & heath nutrition

**BIBLIOGRAPHY:**

Cook, Stephen MD; Gidding, Samuel S. MD Modifying Cardiovascular Risk in Adolescent Obesity. Circulation. 115(17):2251-2253, May 1, 2007.

Bell, Lana M.; Byrne, Sue; Thompson, Alisha; Ratnam, Nirubasini; Blair, Eve; Bulsara, Max; Jones, Timothy W.; Davis, Elizabeth A. Increasing Body Mass Index z-Score Is Continuously Associated with Complications of Overweight in Children, Even in the Healthy Weight Range. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 92(2):517-522, February 2007.

Farpour-Lambert, Nathalie J. 1; Keller-Marchand, Laetitia MJ 1; Martin, Xavier E. 1; Golay, Emmanuelle 1; Schwitzgebel, Valerie 2; Aggoun, Yacine 1; Beghetti, Maurice 1 Hypertension Is an Early Complication of Childhood Obesity and Is Associated with Physical Activity and Aerobic Fitness: 2532: Board#40 2:00 PM - 3:00 PM. Medicine & Science in Sports & Exercise. 38(5) Supplement:S475-S476, May 2006.

CUTTNER, LEONA MD; WHITTAKER, JUNE L. MPH; KODISH, ERIC D. MD THE OVERWEIGHT ADOLESCENT: CLINICAL AND ETHICAL ISSUES IN INTENSIVE TREATMENTS FOR PEDIATRIC OBESITY. Journal of Pediatrics. 146(4):559-564, April 2005.



**AUTOR/ES:**

Landeiro Lumini; Maria José

**TÍTULO:**

Patient Safety- The main causes of transcription errors

**TEXTO DEL TRABAJO:**

In the last recent years, medical error emerged as an urgent and one of the major health challenges and also as a social problem all over the world.

In 1999, the Institute of Medicine (IOM) in the "To Err is Human" report, estimated 44.000-98.000 deaths every year owing to medical errors in the USA(1) being 7.000 of them due to medication errors.

Medication errors occur in any stage of the medicaton system (prescription, transcription, distribution and administration).By the specificity of their activities, nurses are more prone to errors in transcription and administration processes. In this study we focus on nursing transcription errors of medical order's to other supports of information and its relation with patient safety. We identified and analysed the type and frequency of medication transcription errors and tried to understand the professional's perception of this issue.

We developed a retrospective, descriptive exploratory study in an universitary hospital in Oporto with the aim of looking to the conformity between the medical prescription in the "medical-order sheets" and the transcription made by nurses to the "drug-registration sheet "(transcription).

The exploratory study design had two stages: first we analysed clinical files compreending patients admitted in the year 2003 (165 files; 1507 prescription orders). Selection of the sample from the files included: 2 weeks of each month of the year, the day of the week ,different shifts of work (Morning, Afternoon and Night) and admission hour. Content analysis of prescription and transcription records was supported on a collecting data tool, a tipology of error analyse grill, built for the purpose. In a second stage we made semi-structured interviews to 3 nurses working on an High-Dependency Care Unit of an Oporto's universitary Hospital. Choosing of the nurses obeyed to the following criteria: nurses with direct committment to patient care and who were in different stages of their professional exercice.

Our results showed that transcription errors included: incorrectly transcribed prescriptions to nurses records, missed interpretation of some of the prescription items (such as the drug, dosage, dilution, etc), transcription of non existing written prescriptions, transcriptions completing prescriptions and transcriptions correcting lapses of prescription.

Analysis of the interviews also led to the conclusion that the main reasons for these inconsistencies involved either the physician prescribing act or the nursing transcription stage. Causes involved included illegible or incorrect prescriptions, insufficient knowledge and lapses, among other human factors such as lack of attention, fatigue or night overwork.From the interviews we also concluded the necessity of professional education programs, need for development of medication system protocols, changes at the organizational level and adjustments of individual workers attitudes.

Regardless it was not suggested by the professionals, we consider the implementation of electronic prescription an important measure to solve this problem. With this study we pretend to contribute to the establishment of medication error reduction strategies and to promote healthcare quality improvement and patient safety.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1-Kohn, L. T.; Corrigan, J. M. & Donaldson, M. S. . To err is human: building a safer health system. Committee on Health Care in America. Institute of Medicine Washington, DC: National Academy Press 1999.

2-Bates, D.W., Leape, L.L., Cullen, D.J., et al. Effect of computerised physician order entry and a team intervention on prevention serious medication errors. JAMA 1998; 280:1311-6.

3-Bates, D.W., Teich J., Lee, J., Seger, D., Kuperman, G., Maluf N. et al . The impact of computerized physician order entry on medication error prevention JAMIA 1999.

4-Benner, P., Sheets, V., Uris, P., Malloch, K., Schwed, K.& Jamison, D. Individual, practice, and system causes of errors in nursing. JONA 2002;32(10): 509-522.

5-Frederico, F., Recomendações para as melhores práticas da medicação - coalização para a prevenção de erros médicos de Massachusetts-EUA. In: Cassiani, S. H. B.e Ueta, J.:(Ed.), A segurança dos pacientes na utilização da medicação. São Paulo: Artes Médicas 2004;11-31.

6-Goossen, W.. Using electronic patient records to collect nursing minimum data sets based on unified nursing terminology.Handout Workshop 1999.

7-Institute for Safe Medication Practices. A call to action: eliminate handwritten prescriptions within three years! Electronic prescribing can reduce medication errors.Huntingdon Valley, PA: ISMP 2000.

8-Institute of Medicine . Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy of Sciences 2000.

9- Reason, J.. Human error: models and management.2000; British Medical Journal, 320:768-770. Consultado em 2005-02-17 através de <http://www.bmjournals.com/cgi/reprform> .

10-Reason, J.. Human Error.USA: Cambridge University Press 2003

**Póster/Poster 107**

**AUTHOR/S:**

ANTOHE I, CARAUSU M, FERMESANU MC, SAARIKOSKI M

**TITLE:**

A STUDY ON NURSE STUDENTS SATISFACTION IN CLINICAL LEARNING PLACEMENTS

**TEXT:**

**ABSTRACT:**

The authors present a comparative study aimed to evaluate nurse students' satisfaction in clinical practice settings.

**Material and methods:**

Nursing Department of University College for Nurses in University of medicine and Pharmacy "Gr.T. Popa" Iasi used a distinct model for nurse students Mentorship in clinical practice. The model applied to our students is a one to group Mentorship relationship.

The study sample included 18 students in the fourth year and 19 students in the third year of their academic education in University's college for Nurses from Iasi.

The students' Mentorship satisfaction was evaluated using a 52 items questionnaire (inspired by CLES evaluation tool of Mentorship, developed and validated by Saarikoski M.). The satisfaction of the student towards his/her learning in that practice placement was expressed on a 1 to 5 scale. The satisfaction of the teachers towards student learning in practice was assessed as the media of the marks for the whole group of students during each year.

The two study groups (third study year versus fourth study year) were compared from students and teachers satisfaction perspective upon learning results of practice placements. We analyzed the differences of CLES media scores of each 52 investigated items. Differences were considered significant if greater or equal to 0.5.

**Results and discussions:**

The student's satisfaction towards their learning results was higher in the third year of study.

Teacher's satisfaction was also better for third year student's results.

In our study the items that correlate with better nurse students learning satisfaction are: a positive learning atmosphere for students, psychic comfort for students and learning situation.

**Conclusions:**

The most important element for our nurse students' satisfaction was the good Mentorship relation, seen as a trustful relationship.

**Key words:** Mentorship, CLES questionnaire, nurse students, student learning satisfaction, positive learning atmosphere, learning situations.

## **BIBLIOGRAPHY:**

1. Saarikoski M, Leino-Kilpi H. The clinical learning environment and supervision by staff nurses: developing the instrument. *International Journal of Nursing Studies*. 2002; 39: 259-67.
2. Saarikoski M. Clinical learning environment and supervision. Development and validation of the CLES evaluation scale. University of Turku; 2002. *Annales Universitatis Turkuensis, Ser. D* 525.
3. Smith P. The nursing process: raising the profile of emotional care in nurse training. *Journal of Advanced Nursing*. 1991; 16: 74-81.
4. Beck C T. Caring relationships between nursing students and their patients. *Nurse Educator*. 1993; 18: 28-32.
5. Crawford MJ, Dresen SE, Tschikota SE. From 'getting to know you' to 'soloing': The preceptor-student relationship. *NtResearch*. 2000; 5: 5-19.
6. Craddock E. Developing the facilitator role in the clinical areas. *Nurse Education Today*. 1993; 13: 217-24.
7. Dibert C, Goldenberg D. Preceptors' perceptions of benefits, rewards, supports and commitment to the preceptor role. *Journal of Advanced Nursing*. 1995; 21: 1144-51.
8. Ogier ME, Barnett DE . Sister/ staff nurse and the nurse learner. *Nurse Education Today*. 1986; 6: 16-22.
9. Saarikoski M, Leino-Kilpi H. Association between quality of ward nursing care and students' assessment of the ward as a clinical learning environment. *NtResearch*. 1999; 4: 467-74.
10. Antohe I, Marrow C. Developing mentorship in europe through the Thematic European Nursing Network. The Fifth international conference of FINE, Working together for European nursing education, How to develop skills and competencies; 2004 Oct 14-15; Sibiu; Alma Mater; 2004. p. 23-4.
11. Antohe I, Fermeşanu MC, Roşu TS. Observational comparative study on two models for nurse students mentorship in clinical practice. A The Fifth international conference of FINE, Working together for European nursing education, How to develop skills and competencies; 2004 Oct 14- 15; Sibiu; Alma Mater; 2004. p. 32-3.

**AUTHOR/S:**

Fatemeh Daraby, Katayon Esmaeili , Fatemeh Ahmady , Homayon Esmeili  
Iran, kermanshah Nursing University

**TITLE:** The study of prevalence and risk factors and the rate of Myocardial infarction in patient in Kermanshah city in Iran

**TEXT:**

Health, as one of the factors determining a person's satisfaction with his/her life that always received a lot of attention by human beings. Cardiovascular disease, which is considered as the major cause of death, radically affect suffers lives as well. Therefore, preventing, these problems play a major role in achieving goals of these of health centers. The present descriptive study was done to determine the rate of myocardial infarction (MI) prevalence and the correlation between demographic and risk factors and (MI) .the subjects was the clients who referring to heart centers. Data collection tool was a check list containing two parts : demographic information and question related to the past history of myocardial infarction, family history and risk factors , symptoms of (MI) , time of the onset of symptoms , kind of (MI) , the present of pathologic Q wave, month of (MI) appearance , and finally , the important disease with (MI) .

Data was analyzed with SPSS software.

Finding showed that the rate of (MI) prevalence in 2003 in above mentioned hospitals was 2.93% of the hospitalized patients referring to the hospitals. Among the risk factors, Smoking was the highest ( 47.8%) and alcohol the was lowest ( 0.7 %) . in addition , chest pain were the prominent signs of (MI) (90.2%) and March was the month with the most number of (MI) (12.4%) . and inferior (MI) was sufferes kind of (MI) 29.9% .

With regard to the results of this study , we hope that mass media and TV will help to Education people and changing their behaviors and reduce the morbidity of cardiac infarction by increasing people awareness. This study can be based for planning programs aiming controlling MI risk factors.

**Póster/Poster 109**

**AUTHOR/S:**

Eulália Novais, João Domingos, Patrícia Conceição, Vera Duque

**TITLE:**

How can I, person with chronic illness help you, nurse, to take care of me? The know-how of person with chronic illness

**TEXT:**

All the Human being possesses a single know-how, which results from an extensive learning process. In the same way, the person who lives with a chronic illness will detain its own know-how that is always present in the day life experiences.

Therefore, concerning our personal experience in nursing care to the person with chronic illness, as well as the scarcity of studies that address this thematic of "the know-how of the person with chronic illness", this main question emerged: "How the person with chronic illness could mobilize the know-how of its illness, during the nursing and its own self-care?". Thus, the main objective of this investigation was to understand how the person with chronic illness mobilizes their know-how about its illness in the self-care and during the nursing cares, in order to improve their own healthy.

Concerning the subject we intended to study, we opted to address a qualitative approach, centering itself in the life experiences of the participants, allow-in exploring them and understanding the know-how of the person with chronic illness in its own perspective.

The study was carried out in two medicine wards and in the continued cares unit of a central hospital, including a total of 8 participants with ages ranging between 56 and 71 years old. We appeal to the participant observation and posterior accomplishment of the daily reports, as the methods of collect and register data information. To perform the data analysis, it was used the content analysis procedure.

Therefore, the following four categories had emerged: "The person's know-how related to its chronic illness", "Sources of knowledge", "Ways of knowledge mobilization during the self-care" and "Adaptation of the person to its health condition".

Through out the study, we conclude that the person with chronic illness have a know-how about its own illness, proceeding from diverse sources, and could mobilize it in the most sensitive self-cares. To a high know-how about illness and its treatment, corresponds a huge level of control of it and a high participation of the person in the decisions to be taken, mainly in the relatives one to its plan of cares, as previously described by Mesquita (2002). The access to information about health is diversified, existing formal and informal sources of information that provide to the person who take decisions on the health behaviors what is the best for their own (Mendes, 2004). As we detected, the person with chronic illness privileges the experience of life as the main source of know-how. Collière (1999, 2003) refers that the quotidian is an unique source of know-how, only accessible to the person who lived it. The mobilization of know-how is dependent of the possibilities, limitations and resources of each person, which allows it to execute the self-cares of independent form or requesting/informing formal or informal the lender of cares.

On the other hand, situations where the person does not mobilize the know-how that withholds or simply does not execute its own self-care, are very influenced by the proper process of the person adaptation to its health condition. Therefore, the nurse main contribution in these cases would be its presence through the validation, valuation, positive reinforcement and orientation next to the person, in order to follow and to promote the adaptation of the individual to its health condition. So, the person know-how must be from the nurse's knowledge for it is full valorization.

**BIBLIOGRAPHY:**

- Baszanger I. Les maladies chroniques et leur ordre négocié. Revue Française de sociologie. 1986. Jan-Mar; 27(4): 3-25
- Collière MF. Promouvoir la vie. Paris: InterEditions; 1982.
- Collière MF. Soigner... le premier art de la vie. Paris: InterEditions; 1996.
- Gomes ID. O conceito de parceria no processo de cuidados de enfermagem ao doente idoso: "o erro de Narciso" [dissertation]. Lisboa: Universidade Aberta; 2002.
- Lubkin IM, Larsen P. Chronic illness: impact and interventions. Boston: Jones and Bartlett Publisher; 2006.
- Mendes ML. Mudanças familiares ao ritmo da doença: as implicações da doença crónica na família e no centro de saúde [dissertation]. Braga: Instituto de Ciências Sociais da Universidade do minho; 2004.
- Mesquita AC. Empowerment na doença crónica: um estudo de caso. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa; 2002.
- Moniz JM. A enfermagem e a pessoa com doença crónica. 2006 [cited 2007 February 09]. Available from: <http://www.ordemenfermeiros.pt>.
- Morse J, Johnson J. The illness experience: dimensions of suffering. Newbury Park: Sage; 1991.
- Watson J. Nursing: human science and human care: a theory of nursing. New York: National League for Nursing; 1988.

**AUTOR/ES:**

Rocha, Amarílis Pereira; Rodrigues, Manuel Alves; Pereira, Anabela M<sup>a</sup> Sousa.

**TÍTULO:**

HELP RELATIONSHIP IN NURSING EDUCATION

**TEXTO DEL TRABAJO:**

The human relationship is a form of taking care that involves values, intentions, knowledge, zeal and actions (1). The ability to be in a relationship requests an appreciation of the "coherences" of each one, the development of a relational conscience and an interest in the continuous of the relationship. The quality of the relationship is decisive in nursing professional care once caring can be understood in the action and in which underlies it (2). Help's function is one of the domains of nursing cares and intrinsic to them; the nurse who takes care has to integrate a group of values and relational practices which identify themselves with the person's characteristics who helps. Help Relationship settles down among two human beings whose one has a problem and the other has help competences (3; 4). The help relational attitude, as a way of professional being, implies significances of taking care – interest, commitment, involvement, understanding, acceptance of diversity of perspectives and faith that the person has senses and resources that allow he or she to take assertive decisions in the sense of well-being. Chalifour (4), Lazure (5) defends that is through caring that is structured the role of nurses and that the "art of helping" consists, among others, in using of best way their facilitator and specialist in caring functions, which exceed a lot the techniques application, but are related with the quality of the relationship that nurses establish with patients and with the way as they use it with therapeutic ends. The essential conditions of help facilitator, in several authors' perspective (3; 6; 4; 5; 7; 8, 9), includes unconditional respect, empathic understanding and congruence dimensions. Nurse's relational practice and their help function, besides the experiential practice, are also the result of basic professional education. Education should be based in real experience and topic for theoretical interpretation. Some authors are concerned with nurse's education in Help Relationship, referring that it is based in the acquisition of behavioural communication abilities or use of specific communication techniques and an articulate intervention model doesn't exist (4; 10). Nursing teaching should allow students to develop professional's help characteristics in health area and, as such, coordinated with the necessary theoretical and practical knowledge to the technical interventions in the sense of treatment and recovery, it must be privileged the education that allows the development of competences in relationship and help relationship. This education is facilitated with a student's centred approach teaching, helping them to acquire knowledge of himself, for which it is fundamental that teachers gathers themselves help professional's characteristics and use pedagogic methods that, after a first conceptual perspective, should be based on understanding and analysis of practice situations (11; 12; 13; 14). In short, help relationship is a nurse's competence and in nursing education teachers must be models of it. This study intends to evaluate nursing teacher's variables of relationship with students they form in clinical practice and to know nursing student's perspectives of help relationship dimensions from teachers who train them in clinical practice. It is a quantitative study in which we used Relationship Inventory from Barrett-Lennard (BLRI) in Forms: MO-40G-TP and OS-40-TP in which we can evaluate – level of respect, empathic understanding, unconditionality of respect and congruence. In these forms, BLRI has a set of forty items which approach pivots on systematic gathering of facets of experience in particular relationship, in this case, teacher/pupil group relationship: MO-40G-TP Form (applied to teachers) and teacher to pupil (other to self) relationship: OS-40-TP Form, applied to students, and on cumulating these facets of experiential information such that they point, we have a level of interpersonal response in the four variables conceived as axial in help relationship. Each of the four scales have a scale range of -30 and 30 once BLRI is an multiple-choice questionnaire in which half of the items are worded positively and half negatively and eac



**BIBLIOGRAFÍA:**

1. Watson, Jean. Nursing: human science and human care. A Theory of nursing. New York: National League for Nursing; 1988.
2. Honoré, Bernard. Cuidar: persistir em conjunto na existência. Loures: Lusociência; 2004.
3. Rogers, Carl. Tornar-se pessoa. 7ª ed. Lisboa: Moræs editores; 1985.
4. Chalifour, Jacques. La relation d'aide en soins infirmiers : une perspective holistique-humaniste. Montréal : Gaëtan Morin ; 1989.
5. Lazure, Hélène. Viver a relação de ajuda. Lisboa Lusididata; 1994.
6. Carkhuff, Robert R. L'art d'aider. Tradução francesa de " art of helping IV ". Québec: Les éditions de l'homme ; 1988.
7. Héту, Jean-Luc. La relation d'aide : éléments de base et guide de perfectionnement. 3ª ed. Montréal : Gaëtan Morin ; 2000.
8. Barrett-Lennard, G. T. The relationship inventory now: issues and advances in theory, method, and use. In The psychotherapy process: a research handbook. New York: Guilford; 1986.
9. Barrett-Lennard, G. T. Measuring experienced relationship: an odyssey (1957-2003) In: Steps on a mindful journey: persons-centred expressions. Ross-on-Wye, UK:PCCS Books; 2003.
10. Hartrick, Gwen. Relational capacity: the foundations for interpersonal nursing practice. Journal of Advanced Nursing (26). Oxford: Blackwell ; 1997.
11. Freire, Paulo. Pedagogia do oprimido. Porto: Afrontamento ; 1975.
12. Chalifour, Jacques. Enseigner la relation d'aide. Montréal : Gaëtan Morin ; 1993.
13. Rogers, Carl. Freedom to learn. 3ª ed. Upper Saddle River (NJ): Prentice Hall; 1994.
14. Salvador, C. C. et al. Psicología do ensino. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

**AUTHOR/S:**

Elaine Pierce PhD BSc (Hons) RCNT RN

Susan McClaren PhD BSc (Hons) RN

**TITLE:**

EVIDENCE-BASED PRACTICE IN ASSESSING SEVERE NEURO-DISABILITY.  
VALIDATION OF AN ASSESSMENT INSTRUMENT.

**TEXT:**

**BACKGROUND:** Assessments provide the cornerstone of clinical management in long term conditions. Ordinal assessments are used to quantify dependency in activities of daily living in neurologically-disabled populations. Current instruments do not provide either an indication of the numbers of health professionals involved in assisting dependent patients, or the skill-mix required in meeting care needs. Presented here are the findings of stage four of a five stage study using the multidisciplinary evaluation of neuro-dependency instrument (MEND) to evaluate neuro-dependency.

**AIM:** To develop a valid, reliable instrument to measure dependency in a neurologically-disabled population.

**SETTING:** The study was conducted in a rehabilitation hospital specialising in patients with severe and complex neurological disability in the long term.

**STUDY DESIGN AND METHODS:** This study consisted of five stages. In preliminary Stages One and Two the work involved identifying content validity, categories of dependency, ordinal scaling properties and initial reliability testing. Stage Three - Inter-rater reliability was established across 15 categories of dependency for basic nursing care. Stage 4 - Further assessments were completed on neurologically disabled patients (n100), to construct a dependency profile of the population and to test construct validity through factor analysis. Stage 5 - The economic costs of care were analysed. The results of stage 5 are reported in a separate oral presentation at this conference.

**RESULTS AND DISCUSSION:** Kappa values across 15 categories of dependency by two independent raters on 37 patients ranged from 0.66 to 1 with an overall score of 0.87. This constitutes good to excellent agreement between the raters. A dependency profile revealed six dominant and nine subsidiary categories of dependency in n100 patients. Following construction of a correlation matrix, factor analysis established four factors or latent variables, which could account for patterns of co-variation between scale items. These factors encompassed motor, social, behavioural and cognitive functions. Ten items were associated with factor one (factor loadings - 0.650 to +0.860), six with factor 2 (-0.578 to +0.856), five with factor three (0.268 to 0.908) and four with factor four (-0.295 to +0.815).

**IMPLICATIONS FOR CLINICAL PRACTICE:** MEND can be used by nurses and other members of the multi-professional health team as a valid, reliable instrument to measure dependency in clinical areas where severely neurologically-disabled patients are being cared for.

**CONCLUSION:** The MEND instrument fulfils selected criteria for content, construct validity and inter-rater reliability.

**BIBLIOGRAPHY:**

- Al-Kwawaja I. The Barthel Index and its relationship to nursing dependency in rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*. 1997 11; 335-7
- Brown T. *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research Methods in Social Sciences*. New York. Guilford Press; 2006
- Cohen J. A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*. 2006 20: 37-46.
- Department of Health. *The National Service Framework for Long Term Conditions*. London UK. HMSO; 2005.
- De Vellis R. *Scale Development: Theory and Applications*. Applied Social Research Methods Series, Volume 26. 2nd Edition. London UK. Sage; 2003.
- Dijkstra A., Buist G., Moorer P. & Dassen T. Construct validity of the Nursing Care Dependency Scale. *Journal of Clinical Nursing*. 1999 8 (4): 380
- Hobart JC, Thompson A J. The five item Barthel Index. *Journal of Neurology & Neurosurgery*. 2001: 1 71: 225-230
- Hogan K., Orme S. Measuring disability: a critical analysis of the Barthel Index. *British Journal of Therapy and Rehabilitation*. 2000 April 7 (4): 163-167
- Meyer G, James C. Matching staff to patient dependency. *Nursing Times*. 1990 October 3, 86 (40): 40-42
- Turner-Stokes L, Tonge P, Nyein K, Hunter M, Nielsen S, Robinson I. The Northwick Park Dependency Score (NPDS): A measure of nursing dependency in rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*. 1998 12:304-18
- Wade DT. *Measurement in Neurological Rehabilitation*. Oxford UK, Oxford University Press; 1992

**AUTHOR/S:**

Jorge A. Delgado MSN, ARNP (Trauma Nurse Practitioner, Professor of Nursing Florida International University) Edgar Pierre MD (Assistant Professor Anesthesia, Critical Care) Ryder Trauma Center 1800 NW 10 Avenue Suite 215 Miami FL 33136 USA. email jdelgado2@bellsouth.net

**TITLE:**

Critical Care Nurses' Attitudes Toward Euthanasia

**TEXT:**

**Introduction:** Advances in medical sciences have provided medical professionals the means to keep terminally ill persons alive without any hope of recovery. Many physicians believe that once medical treatment has started, it must continue. Some believe that withdrawing life sustaining treatment is equivalent to murder (12). Euthanasia is a growing concern for many; specially the people working in the medical profession. Termination of life presents the health care professional with complex legal, ethical, and moral dilemmas. Physicians and nurses preserve life, thus the decision to terminate life must be made with great care and contemplation. Nurses working in the hospitals may find themselves actively involved in clinical procedures that bring out death. Therefore, nurses must examine their values regarding life and death, the process of prolonging death, and the rights of individuals to decide their own fate (5) (8).

**Objectives:** The purpose of this study is to examine the attitudes of Intensive Care Nurses toward euthanasia, to what extent they support or reject acts of euthanasia and their willingness to participate based on demographic characteristics of age; education; religion; ethnicity; gender; and type of Intensive Care Unit where they work ( Trauma, Surgical, Neurosurgical).

**Methodology:** Research design is a non-experimental, descriptive study examining nurses' attitudes toward euthanasia. Data was collected using a questionnaire on nurses of three different Intensive Care Units. The demographics of age, education, gender, ethnicity, religion and type of intensive care unit were analyzed to determine significance.

**Sample:** Consist of 90 subjects 30 for each unit, to be eligible the subjects needed more than 6 months experience on Intensive Care, participation was completely voluntarily.

**Instrument:** Euthanasia Attitude Scale which is a questionnaire of 30 five point Likert type items. Half of the items are affirmative (pro-euthanasia), half disconfirmative (cons-euthanasia). Five factors are analyzed to score the attitudes Factor 1 General Orientation to Euthanasia, Factor 2 Patients Rights Issues, Factor 3 Role of Life Sustaining Technology, Factor 4 Professional Role in Situations Involving Euthanasia, Factor 5 Values and Ethics.

**Data Analysis:** The raw data was compiled in a master table organized according to demographics and main study variables which included the grouping factors 1-5. A quantitative statistical analysis was used to determine significance.

In the first analysis on the attitudes towards euthanasia between the Critical Care Nursing Units we found that at the univariate level the type of Intensive Care Units were significant for two factors: Factor 1 (  $p < .03$ ) and Factor 2 ( $p < .05$ ). On the analysis the Trauma nurses were more proactive than the surgical and neurosurgical nurses. On the demographic analysis, females were more proactive than males for Factor 4 ( $p < .05$ ). The analysis on religion showed the Jewish group were more proactive for Factor 3 ( $p < .05$ ) than the others ( Catholic, Christian, Protestant). The measurement of the questionnaire as a total measure of euthanasia approached significance. In this total factor ( $p < .06$ ) the Trauma nurses were more proactive than the other groups. Demographics on education and ethnicity failed to show significance on the study.

**Conclusions:** Many of the decisions made in the end of life situations are difficult to sustain and to demarcate with a bright line that separates the ethical and the unethical behavior and choices. Nurses, regarding of the setting in which they practice, must be committed to participate in dialogue with coworkers, other professionals, and organizations about life and death issues. Critical Care Nurses have a value experience and insight into caring for dying persons that must be heard to inform society and the profession. There will be an impact on our practice if euthanasia would become legal. Despite our differences of opinions we should become more educated in end of life issues. An increase on public education will simplify the role of health care providers regarding end of life decisions.

**BIBLIOGRAPHY:**

1. Abdellah FG. The Nature of Nursing Science. Perspectives on nursing theory. Boston: Little, Brown, 1986
2. Abdellah FG, Beland IL, Martin A & Mattheney RV. Patient-centered approaches to nursing. New York: Macmillan, 1960
3. American Nurses Association. Code for nurses with interpretative statements. Kansas City, Missouri: ANA, 1985
4. American Nurses Association. American nurses association policies and positions approved by ANA board of directors. Washington, DC: ANA, 1994
5. Asch D. The role of nurses in euthanasia and assisted suicide. The New England Journal of Medicine 1996; 335: 683-7.
6. Cohen J, Fin S, Boyko E, Johnsen T & Wood L. Attitudes toward assisted suicide and euthanasia among physicians in Washington State. The New England Journal of Medicine 1994; 331: 89-94.
7. Daly B, Berry D, Fitzpatrick J, Drew B & Montgomery K. Assisted suicide: Implications for nurses and nursing. Nursing Outlook, 1997; 45: 209-213.
8. Davis A, Phillips L, Drought T, Sellin S, Ronsman K, & Krabil-Hershberger A. Nurses' attitudes toward active euthanasia. Nursing Outlook 1995; 43: 174-179.
9. Davis A, Davidson B, Hirshfield M, Lauri S, Lin J, Norberg A, Phillips L, Pitman E, Shen C, Laan R, Zhang H & Ziv L. An international perspective of active euthanasia: Attitudes of nurses in seven countries. International Journal of Nursing Studies 1993; 30: 301-309.
10. Dracup K & Bryan-Brown C. Nurses and euthanasia: A tale of two studies. American Journal of Critical Care 1996; 5:249-252.
11. Faria Y. Attitudes of doctors, nurses, and lawyers toward euthanasia. Arquivos Brasileiros de Psicologia 1989; 41:44-61.
12. Fowler M. (1987). And the rabbi Judah the prince died: On the withdrawal of treatment. Heart & Lung 1987; 16: 576-578.
13. Haley K, Lee M. The Oregon Death with Dignity Act – a guidebook for healthcare providers. Portland: Oregon Health Sciences University, 1998
14. Holloway H, Hayslip J, Murdock, M. Measuring attitudes toward euthanasia. Omega 1994; 30: 53-65.

