



Book of abstracts

Libro de ponencias

Eliminating borders of knowledge

6th Biennial Joanna Briggs Colloquium
in association with
12th International Nursing Research
Conference

Eliminando las barreras del conocimiento

XII Encuentro Internacional de
Investigación en Enfermería
conjuntamente con
6º Coloquio Biauual Joanna Briggs

Córdoba, Spain

12-15 Noviembre 2008

Con la colaboración de
With the collaboration of



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Reina Sofía



UNIVERSIDAD DE CORDOBA



JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE SALUD



LABORATORIOS
BOIRON[®]
www.boiron.es



ISBN: 10-978-84-691-6757-1

Edita: Instituto de Salud Carlos III –Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii). Madrid, 2008

La versión final del Libro de Ponencias no se colgará en la página Web del encuentro: www.isciii.es/investen, hasta que no se hayan corregido los errores de edición que haya podido cometer la organización.

.....ENGLISH VERSION.....

The final version of the Conference's book will not be available in our website: www.isciii.es/investen until we will have corrected all the printing errors made by the organization.

ÍNDICE / INDEX

Conferencia Inaugural / Opening Conference	8
Mesa de comunicaciones 1 / Concurrent session 1: Salud en la adolescencia / Health in adolescence	20
Mesa de comunicaciones 2 / Concurrent session 2: Salud Infantil.....	27
Mesa de comunicaciones 3 / Concurrent session 3: Community Health.....	32
Mesa de comunicaciones 4 / Concurrent session 4: Using evidence in practice	40
Mesa de comunicaciones 5 / Concurrent session 5: Diabetes.....	42
Sesión plenaria / Plenary Session: Cuidados de salud basados en la evidencia y necesidades individuales de los pacientes / Evidence based health care is in conflict with meeting the individual needs of patients	48
Mesa de comunicaciones 6 / Concurrent session 6: Formación pregrado en enfermería / Pre-grade Nursing Education.....	54
Mesa de comunicaciones 7 / Concurrent session 7: Cuidados críticos y de emergencias	66
Mesa de comunicaciones 8 / Concurrent session 8: Elderly and chronic care	78
Mesa de comunicaciones 9 / Concurrent session 9: Using evidence in practice	84
Mesa de comunicaciones 10 / Concurrent session 10: Formación pregrado en enfermería... 89	89
Mesa de comunicaciones 11 / Concurrent session 11: Salud infantojuvenil / Health in childhood and adolescence	99
Mesa de comunicaciones 12 / Concurrent session 12: Cuidados médico-quirúrgicos	109
Mesa de comunicaciones 13 / Concurrent session 13: Atención Primaria y Salud Comunitaria.....	127
Mesa de comunicaciones 14 / Concurrent session 14: Evidence in education and practice. 144	144
Mesa de comunicaciones 15 / Concurrent session 15: Procesos crónicos.....	151
Sesión plenaria / Plenary Session: Eliminando las barreras del conocimiento / Eliminating borders of knowledge.....	167
Mesa de comunicaciones 16 / Concurrent session 16: Cuidados crónicos / Chronic care ... 168	168
Mesa de comunicaciones 17 / Concurrent session 17: Formación pregrado en enfermería. 173	173
Mesa de comunicaciones 18 / Concurrent session 18: Health in childhood and adolescence	185
Mesa de comunicaciones 19 / Concurrent session 19: Evidence based practice.....	193
Mesa de comunicaciones 20 / Concurrent session 20: Salud mental y embarazo	195
Mesa de comunicaciones 21 / Concurrent session 21: Personas mayores y procesos crónicos / Elderly and chronic care	203
Mesa de comunicaciones 22 / Concurrent session 22: Cuidadores	213
Mesa de comunicaciones 23 / Concurrent session 23: Formación y gestión.....	228
Mesa de comunicaciones 24 / Concurrent session 24: Evidence based practice.....	249
Mesa de comunicaciones 25 / Concurrent session 25: Cuidados críticos y de emergencias / Critical and emergency care.....	258
Mesa de comunicaciones 26 / Concurrent session 26: Salud de la mujer	266
Mesa de comunicaciones 27 / Concurrent session 27: Cuidados médico-quirúrgicos	277
Mesa de comunicaciones 29 / Concurrent session 29: Clinical practice	286
Mesa de comunicaciones 30 / Concurrent session 30: Género/Salud de la mujer / Gender /Women's health	289
Mesa de comunicaciones 31 / Concurrent session 31: Salud mental.....	295
Mesa de comunicaciones 32 / Concurrent session 32: Women's Health	304
Mesa de comunicaciones 33 / Concurrent session 33: Evidence through technology	310
Mesa de comunicaciones 34 / Concurrent session 34: Salud infantojuvenil.....	315
Mesa de comunicaciones 35 / Concurrent session 35: Cuidados críticos y emergencias / Critical and emergency care.....	327

Mesa de comunicaciones 36 / Concurrent session 36: Práctica clínica.....	331
Mesa de comunicaciones 37 / Concurrent session 37: Elderly and chronic care	346
Mesa de comunicaciones 38 / Concurrent session 38: Using Evidence in practice	354
POSTER 1.....	362
POSTER 2.....	364
POSTER 4.....	366
POSTER 6.....	367
POSTER 7.....	369
POSTER 11.....	372
POSTER 12.....	374
POSTER 13.....	376
POSTER 14.....	378
POSTER 20.....	380
POSTER 21.....	382
POSTER 22.....	384
POSTER 23.....	386
POSTER 25.....	388
POSTER 26.....	390
POSTER 27.....	392
POSTER 28.....	394
POSTER 34.....	395
POSTER 38.....	397
POSTER 40.....	399
POSTER 41.....	401
POSTER 43.....	403
POSTER 44.....	405
POSTER 45.....	407
POSTER 47.....	409
POSTER 49.....	411
POSTER 50.....	413
POSTER 52.....	415
POSTER 53.....	417
POSTER 55.....	419
POSTER 57.....	421
POSTER 58.....	423
POSTER 60.....	425
POSTER 61.....	427
POSTER 70.....	429
POSTER 71.....	431
POSTER 72.....	433
POSTER 73.....	435
POSTER 76.....	437
POSTER 80.....	439
POSTER 82 (Rincón del alumno / Student's corner)	441
POSTER 83 (Rincón del alumno / Student's corner)	443
POSTER 84 (Rincón del alumno / Student's corner)	445
POSTER 89 (Rincón del residente / Intern's corner)	447
POSTER 90.....	449
POSTER 97.....	450
POSTER 98.....	452
POSTER 101.....	454

POSTER 102.....	456
POSTER 104.....	458
POSTER 109.....	460
POSTER 110.....	462
POSTER 111.....	463
POSTER 117.....	464
POSTER 118.....	465
POSTER 123.....	467
POSTER 127.....	469
PÓSTERES CON DEFENSA ORAL.....	471
POSTERS WITH ORAL DEFENCE.....	471
POSTER 132.....	471
POSTER 134.....	472
POSTER 135.....	474
POSTER 136.....	476
POSTER 137.....	478
POSTER 139.....	480
POSTER 140.....	482
POSTER 141.....	484
POSTER 142.....	486
POSTER 149.....	487
POSTER 151.....	489
POSTER 152.....	491
POSTER 154.....	492
POSTER 156.....	494
POSTER 158.....	496
POSTER 159.....	498
POSTER 160.....	500
POSTER 163.....	502
POSTER 167.....	504
POSTER 168.....	506
POSTER 169.....	508
POSTER 171.....	510
POSTER 172.....	512
POSTER 173.....	514
POSTER 174.....	516
POSTER 175.....	518
POSTER 177.....	520
POSTER 178.....	522
POSTER 179.....	524

*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, formato, ortografía o gramática.

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

Conferencia Inaugural / Opening Conference

“Developing an International Community of Research”

Dr. Patricia A. Grady, PhD, RN, FAAN

Director, The National Institute of Nursing Research (NINR)

Bethesda, Maryland, USA

“Buenos días Señoras y Señores. Es un gran placer estar con ustedes hoy.” Good Morning Ladies and Gentlemen. It is my great pleasure to be with you today. Mr. -Madame Chairman, Members of the Honour Committee, Respected Speakers, and colleagues in the international nursing community, it is my privilege to participate in this, the 6th Biennial Joanna Briggs Colloquium 12th International Nursing Research Conference.

The International Nursing Research Conference, in association with the Joanna Briggs Institute, has a long-standing commitment to fostering evidence-based education and training for nursing professionals world-wide. This colloquium provides us the unique opportunity to join together in sustaining the vision of the Institute to pursue

“. . . international collaborations in improving the health status of the global population. . .” and discuss new ways to deliver health care “. . . based on the best available evidence.”¹ I would like to thank the organizing committee of this prestigious event and the sponsors of this impressive venue, the *Hospital Universitario Reina Sofía*, for their warmth and graciousness in welcoming myself and all conference attendees to the beautiful city of Córdoba. I thank-you for the invitation to be with you and I look forward to what will be interesting and informative sessions throughout the next four days.

This morning, I have the opportunity to share with you the international research efforts of the National Institute of Nursing Research in the United States and my vision for ‘*Developing an International Community of Research*’ to further both our science and our practice in dealing with the many global health issues that face us today. I am pleased that we meet at this conference as a ‘global workforce’ and as a ‘community of science’. Together, we share the vision to improve evidence-based health care throughout the world and recognize that “. . . the health of all nations, and of our world, is dependent upon the health of its individuals.”¹ As scientists and practitioners, we meet to discuss the opportunities and the challenges we face as we embrace global communities of practice and ‘borderless’ partnerships. We recognize that globalization is reshaping the world, its

people, and its health care priorities. With these changes, we must reinforce every occasion to share the gains in knowledge that have come from collaborative international research partnerships. But as we gain this knowledge, it is also important that we consider how we will disseminate and implement evidence-based discoveries into our communities of practice throughout the world. Today, I share with you examples of international research collaborations that have forged new pathways in transcultural, translational research and have created opportunities to advance global communities of nursing science—from informal research partnerships within local communities to large, multi-institutional, research ventures. I will also reflect on opportunities for global collaborations that will foster the development of the next generation of culturally diverse leaders of evidence-based, translational research.ⁱⁱ Using the maxim from McFarlane et al. (2008), we must “*Think Globally, Act Locally, and Collaborate Internationally*” to engage and facilitate unified communities of nursing science.ⁱⁱⁱ

Nursing Research: Global Visions, Global Voices

Working collaboratively through global networks of research, we can strengthen the impact of our scientific discoveries as we strive to enact research that will improve the quality of life for the global community. From the clinic to the laboratory, nurses are leaders in improving the health of the world. Across all nations, nurses advocate for safer water supplies, provide disaster relief, vaccinate against infectious diseases, educate mothers on nutrition and safety, and develop relevant research questions that will drive tomorrow’s discoveries and improve health care worldwide. Nurse scientists and practitioners across the globe are discovering new ways to manage the effects of poverty and prevent the spread of disease in vulnerable populations while educators are preparing the nurse scientists and the clinicians who will provide tomorrow’s global leadership.

Through a commitment to promote healthier communities and evidence-based care, the interventions emanating from nursing science will frame the solutions to the complex health issues confronting nations throughout the world.^{iv} This world-wide attention on ever increasing global health priorities mandates that our profession expand our research beyond borders through collaborative communities of science. But what are the challenges we face as we become a global research community? How might we create the international partnerships necessary to enhance global research activities? How can we build collaborations that will address the pressing health issues of tomorrow’s communities? Let us consider a number of factors that are shaping how we develop and implement international research:

The Globalization of Scientific Knowledge

Years ago, our understanding of the world was based on the experiences of the global explorers of the time. However, today our ‘map’ of world knowledge extends beyond physical borders into a global world of information. New research discoveries occur on an almost daily basis, enhancing not only our world of scientific knowledge, but our local understanding of clinical solutions to solve the important health issues within our communities. With each new discovery, we witness how the globalization of nursing science unites and enhances our awareness of the similarities and challenges of health issues. But as global leaders, we must continue to expand our knowledge

through scientific research and, as Kim et al (2006) state, “. . .provide the vision and the direction for delivery of health care. . .” for a rapidly changing world, and not just “. . . individual countries”(p. 29).^v

The Global Expansion of Nursing Scholarship

A second issue to consider in creating international communities of research is that global communication and scholarship represent the “. . . extension of collaboration across cultures and countries” on a world-wide-scale (p. 69, Fitzpatrick, 2005).^{vi} We travel to each other’s countries to improve our understanding of the complexity of health threats to local communities. We connect with our global colleagues to understand and solve health care challenges. We experience cross-cultural exchanges through international journal publications, the World Wide Web, and conferences such as this. Together, we create the global linkages that will strengthen international collaborative relationships among investigators, practitioners, governments, and organizations. Such collaborations are essential for increasing global health care knowledge and are vital for the promotion of diversified, scientifically-based clinical practices.^{vii}

Organizations such as the World Health Organization (WHO) acknowledge the importance of international research collaborations through the designation of Nursing Collaborating Centers, which have as their mandate to conduct collaborative research of regional or global significance (Sigma Theta Tau International Conditions for International Collaborative Research).⁸ Other organizations, such as the International Council of Nurses (ICN) and Sigma Theta Tau International, have created ‘electronic neighborhoods’ that serve as global networks to exchange information related to nursing research. These programs, and others, demonstrate how international networks bring together the global nursing community to identify areas in need of research development, disseminate new scientific findings, and foster international relationships among investigators.^{viii}

‘Implementation Science’

In the 2007 journal *Science*, Madon, Hofman, Kupfer, and Glass urged investigators to develop quantitative, scientific frameworks to guide health-care ‘scale-up’ in developing countries (p. 1728).^{ix} Unlike traditional research paradigms, which identify and address barriers related to performance of specific projects, Madon et al stress ‘implementation science’ that creates generalizable knowledge that can be applied across settings and contexts and addresses those questions that will translate research into local communities of practice.⁹ But despite formidable gaps between innovations in health care and the delivery of findings to the communities in the world, ‘action-based’, ‘community-based’, ‘participatory’ research lies at the very core of nursing science.^x Rosenkoetter and Nardi (2006) in an American Academy of Nursing Brief eloquently reiterate this point stating, “International researchers need to demonstrate how their products increase the research capacity so desperately needed in developing countries, and develop models to facilitate international research participation and exchanges.” (p. 114)^{xi} It is clear, that as we look to build international communities of research, we must go beyond traditional methods of the conduct of science and become advocates for participatory, action-oriented initiatives that link neighborhoods with effective, evidence-based health care research.^{xii} These efforts will bring science into

transcultural, evidence-based programs that will engage the participation and acceptance of communities of practice.

Prioritizing Globally Relevant Nursing Research

Finally, by working together we can prioritize our science to focus on globally relevant research. The global research community faces an imbalance between research investment and disease burden—the so-called ‘10/90 gap’ described in the 2000 Global Forum for Health Research.¹³ This gap emphasizes that less than 10% of worldwide research is devoted to diseases that account for 90% of the global burden of disease(p. iii).^{xiii} Nursing science must lead by addressing those ‘gap’ issues that will initiate and find solutions to relevant health problems. Our vision of evidence-based translational research must thus have global applications to the world nursing community and, through innovative collaborative partnerships, address the real health care issues facing the world’s populations.^{xiv}

The National Institute of Nursing Research: Partnerships and Programs in International Research

The National Institute of Health (NIH) is committed to supporting innovative, collaborative research communities devoted to evidence-based research. NIH is the primary Federal agency in the United States for the conduct and support of biomedical research. Its scientists conduct basic science research to understand the origins and causes of both common and rare diseases, as well as clinical research that develops preventive strategies, treatments and cures. Composed of 27 Institutes and Centers, the NIH provides leadership and financial support to researchers in all 50 States and throughout the world. The National Institute of Nursing Research (NINR) is the principal U.S. Federal agency responsible for the support of nursing research. The work of the NINR improves the health and well-being of millions of Americans and world citizens through the advancement of nursing science. NINR supports clinical and basic research to establish a scientific basis for the care of individuals across the life span. Our research encompasses managing symptoms, promoting healthy lifestyles; maximizing quality of life; eliminating health disparities; and addressing end-of-life issues. Improved research methods and new technologies will be central to solving the difficult health care problems, and developing the researchers of tomorrow. I would like to highlight the research findings of several of our partnerships that serve to stimulate global communities of research.

Building International Research Capacity in Health Promotion and Disease Prevention

Health promotion and disease prevention are core areas of the research supported by NINR. Nurses play a vital role in health promotion and disease prevention whether focusing on infectious disease, maternal-infant health, HIV/AIDS, or health services access. We are proud at the NINR to have several international collaborative studies addressing issues of health promotion and disease prevention. In particular, we have made concerted efforts to address HIV/AIDS prevention in the

world's youth. As you know, HIV prevention is a global priority. The 1990-2007 UNAIDS Report on Children Living With HIV Globally demonstrated the escalating need for research to address health promotion and disease prevention in children.^{xv} One research effort confronting the HIV/AIDS epidemic is occurring through a team of international collaborators from the Universidad Autónoma de Nuevo León and the School of Nursing at the University of Michigan in the United States. This team—of both scientists and practitioners—has taken steps to develop an HIV/AIDS behavioral intervention that will reduce adolescent sexual risk behaviors in a local community in Mexico.^{xvi}

Working collaboratively, the investigators conducted a randomized control trial collecting data from 829 adolescents. Through their combined efforts, and the participation of the local community, the researchers identified key factors that influenced adolescents' beliefs regarding safe sexual practices. Developing an intervention whose contents reflected the cultural relevance of the Northern Mexican community was a decisive factor for acceptance of the program in the adolescents, their parents, and the local facilitators of the intervention program.

Across the globe is another example of an international research partnership between the College of Nursing at the University of Illinois at Chicago and the Kamuzu College of Nursing at the University of Malawi. This team has also focused on behavioral interventions aimed at preventing HIV in adolescent youth.^{xvii} According to the investigators, 14% of all people aged 15 years or more in this region are HIV positive; however nearly all children under 15 are HIV-free.^{xviii} In a program called '*Friend to Friend Guiding Youth*', this diversified international team realized the importance of developing an early prevention program for young children prior to adolescence. In keeping with a trans-cultural, translational research approach, the team focused on a program that would be evidence-based as well as acceptable by the local community e.g., experts from the Malawi Kamuzu College of Nursing ensured that the HIV interventions used local terminology and were consistent with parental practices within the community. Their approach underscores the importance of developing trusting and collaborative relationships among investigators, the use of contextual features of the community, and the engagement of its participants in the research program. In doing so, this community-based participatory research program has the potential for effective implementation and acceptance within the entire community.

Building International Research Capacity in Vulnerable Populations

In addition to an emphasis on health promotion and disease prevention, these studies also demonstrate the importance of advocacy in the promotion of health care to vulnerable populations and marginalized communities. The need for quality, effective health care impacts all countries, great and small, whose citizens experience poverty, live in rural communities, are aging, have poor infant health or may be socially marginalized. In an NINR-supported HIV/AIDS project, nurse scientists from the University of Illinois at Chicago focused efforts on developing a culturally relevant HIV risk-reduction program for Thai adolescent females. According to a 2005 report by Thailand's Ministry of Public Health, young women in Thailand are infected with HIV at twice the rate of males in the same

age group.^{xix} Recognizing the need to create a targeted intervention/prevention program specific to the adolescent female population, an international team of investigators recruited the support and effort of two public middle schools in Bangkok.^{xx} Using input from local students and parents, the investigators developed an educational program geared to the cultural ideas and beliefs of this targeted population. Their efforts may ensure local access to an evidence-based intervention with the potential for effective health outcomes.

Building International Research Capacity in Chronic Disease and Health Service Access

Many of the world's leading academic centers have designed programs to broaden the scope of nursing research and further the opportunities available for nurse researchers globally. The Johns Hopkins Center for Global Health at the School of Nursing has worked in South Africa examining the psychosocial and behavioral determinants of continuous hypertension and blood pressure control among Black South Africans.^{xxi} Hypertension has a 59% prevalence rate and is the most common cardiovascular disease among Black South Africans. Barriers to care exist at all levels of intervention. Working collaboratively with colleagues from the Medical Research Council in Tygerberg, South Africa and the University of Cape Town, South Africa Faculty of Medicine, this research team identified barriers to hypertension control and the need for comprehensive, multilevel interventions to care in this high risk population. Their work exemplifies evidence-based research that involves the integration of not only patient values, but the clinical expertise of the community in which research can become part of the local health practice.

Building International Research Capacity: Global Shortages, Workforce Capacity, Mentorship and Training

The National Institute of Nursing Research recognizes the challenges of all countries in sustaining a global workforce. Dr. Linda Aiken from the University of Pennsylvania School of Nursing is the director of the *Research Center for Nursing Outcomes and Policy Research*. The Center operates as a unique community within the School of Nursing drawing together faculty from nursing, sociology, demography, medicine, management, economics, and other related disciplines. We are proud of the Center's research collaborations around the world that have examined health system reorganization and policy changes. Their work has produced research evidence that will improve the quality of health care around the globe.

NINR also collaborates with other NIH Institutes and Centers in many areas of mutual international interest through joint funding of research grants with agencies within the U.S. Department of Health and Human Service. I would like to share with you several examples of how other agencies work with NINR to discover health care solutions through international research.

Challenges in Chronic, Non-Communicable Disease

Poor diet and smoking are two factors that contribute to the millions of preventable deaths that occur each year and in people of all ages, nationalities and classes. These chronic, non-communicable diseases are reaching epidemic proportions worldwide.² Tobacco-related illnesses alone will claim ten million lives annually by 2030.³ If current trends persist, these deaths will surpass the combined death toll from AIDS, tuberculosis, automobile accidents, maternal mortality, homicide and suicide according to the World Health Organization.²³ As researchers and practitioners, these chronic diseases present what Daar et al (2007) describe as 'grand challenge' exercises for developing and implementing participatory intervention and prevention programs.²² To meet this challenge, the NIH Fogarty International Center's *International Tobacco and Health Research and Capacity Building Program* generates data, trains the next generation of tobacco control scientists, and shares world-wide state-of-the art research findings related to best practices, obstacles, and opportunities.⁴ This program has awarded nearly \$17 million in funds for projects focusing on capacity building and reducing tobacco-related deaths in developing nations throughout the world.

Training Tomorrow's Research Leaders

"Relationships provide the single biggest contribution to the improvement of global health" – Comment by U.S. Assistant Secretary of Health John Agwunobi, 2007 in an address to the NIH/Fogarty International Clinical Research Scholars.

It is critical that opportunities are available to build the research skills of nurses and to teach others about the science of nursing.⁴ The NIH, Fogarty International Center, and the U.S. Health Resources and Services Administration (HRSA) support the *International Clinical Research Training Scholars and Fellows Program*.⁵ In one funded program, a team of nurse researchers from seven universities in South Africa formed a collaborative partnership with Dr. William L. Holzemer of the University of California, San Francisco.²⁶ In this five-year study on HIV/AIDS stigma in South Africa, the team has focused on why stigma has emerged as a major barrier to primary and secondary HIV/AIDS prevention and care.²⁶ As you may know, stigma interferes with voluntary testing and counseling, as well as access to care treatments.²⁷ This leads to increased suffering and a shortened lifespan.^{xxii} Thus, the goal of this team is to increase knowledge about AIDS stigma and discrimination, with the hope to ultimately reduce it. This program exemplifies how researchers in collaboration with community leaders can build programs that address not only local, but globally relevant health issues.

It is also important that all nations work together to develop a cadre of young scientists who understand global health research from a trans-cultural perspective. NINR seeks to enhance the development of nurse researchers through collaborative training and career development

opportunities. The Fogarty International Center has awarded Sarah Iribarren, a PhD Candidate from the University of Utah College of Nursing, the *NIH/Fogarty International Clinical Research Scholar Award*. Ms. Iribarren is the second nurse to be awarded this honor in the scholarship program's history. Paired with foreign counterparts, these students conduct clinical research in a way that permits all involved to gain new insights into global health issues and instill mentorship skills for tomorrow's clinical leaders.

Another example of training programs that foster the development of tomorrow's global leaders is the National Institutes of Health *Minority Health and Health Disparities International Research Training Program (MHIRT)*. This program is a component of a long term strategy to establish biomedical, behavioral, and social science researchers that will work to reduce the disparate health burdens among underserved populations. The MHIRT awards support U.S. academic institutions to offer short-term international training opportunities in health disparities research for undergraduate and graduate students in the health professions who are from health disparity populations and/or are underrepresented in basic science, biomedical, clinical, or behavioral health research career fields. Since its inception, the MHIRT has supported the conduct of research in countries throughout the world.

Looking to the Future: Opportunities in International Research

The MHIRT, Fogarty International Center, and its collaborative research programs are just some of the many international research partnerships facilitated by national institutions and organizations. However, there is still much that can be done by all of us at the local level to foster global outreach. Each and every one of us has the opportunity to build new research skills, share with others the latest innovations in practice, further our global education, and become familiar with new discoveries from world-wide nursing research. What are some of the things to consider for the future, and what opportunities are available now to advance international collaborations throughout the global community? What are some of the critical research questions that need to be addressed by nurse scientists to fill gaps in nursing knowledge and how will these directly contribute to improving global health? ²⁸⁻²⁹ The World Wide Web has made the world a smaller place where access to information is only a 'mouse-click' away. Using these and other educational tools, we must all become informed consumers of research successes and implementers of these findings in our local health care communities. As Goethe reminds us, "Knowing is not enough, we must apply. Willing is not enough, we must do."

Rosenkoetter and Nardi (2006) presented a brief on the *White Paper on Global Nursing and Health* developed by the Expert Panel on Global Health and Nursing of the American Academy of Nursing. ^{4, 11} In this brief, as well as in the White Paper, are concrete suggestions for creating global partnerships at the national, local, and individual level. ^{4, 11-12} I would like to share with you some of these ideas:

- First, recognize that at all levels, the world is seeking solutions for building stronger, effective international research partnerships. I encourage you, as you attend this conference, to take advantage of opportunities in forums that will promote nursing research around the globe.

- Learn from each other. Listen for ideas where we must fill gaps in knowledge. Use your local expertise to develop collaborative relationships with local practitioners to ensure that the research that may be conducted will be useable within the cultural contexts of your community.
- Seek local input to understand how research will affect the health care practices of your community. Identify ways to develop innovative practice techniques that will adapt or translate new interventions in a locally sustainable manner. Invest in developing stakeholder relationships to support and provide leverage to research projects in your community.
- Encourage curriculums that include global health and international learning experiences.
- Support the use of technologies for distance learning initiatives that are affordable and usable³⁰ and promote cultural competence in research by establishing inter-university/inter-agency partnerships.
- Think global, link global. Become connected with nursing research through the many internet venues that are now available, whether list serves, websites, or on-line, long-distance tools for learning.
- Speak in shared terminology. Publish where it globally matters through international peer reviewed journals that have world-wide capacities for disseminating research information to the global community.
- Finally, share information about new research discoveries with the local community, area agencies, the press, or professional organizations.

Caveats to International Research Partnerships

McElmurray et al (2003) point out that since the end of the cold war, “. . .we have moved from a world in which health care delivery, commerce, and education were limited to the boundaries of countries, to a world where these concepts are perceived as part of a global community” (p. 22).²⁹ Developing collaborative relations with scholars in other countries is an important step in creating international research partnerships.³⁰⁻³² Many countries, such as the European Union, have research funds that are accessible if multiple countries collaborate in the endeavor.³¹⁻³² But collaborative partnerships also bear some caveats. Research becomes more complex and the opportunities more challenging as we unite to study relevant issues across international boundaries.³¹ As we develop international collaborations in scientific research, whether on a small or large scale, we need to be aware of the uniqueness of how science is done in different nations.³² Differences in funding mechanisms, cultural perspectives, the training of students and research personnel and legal systems are issues that we must mitigate to forge effective, global communities of science. Funding mechanisms need to be agreed upon; researchers should develop integrated links where research responsibilities are shared amongst investigators. In focusing on research relevant to local populations, it is paramount that all researchers ensure the ethical conduct of international research by acknowledging the research governance of the country in which research is conducted.³³ The

International Centre for Nursing Ethics (ICNE) is a wonderful resource for issues surrounding professional ethics, law, and cultural accountability in nursing research.³⁴

Looking to the Future: Nursing the Planet Through Evidence-Based Research Partnerships

Before I conclude, I would like to take a moment to re-emphasize that building International Research Partnerships is an effort that must be grounded in evidence-based research practices that occur both locally—and globally. In an article in the April, 2008 HealthBeat blog, a story is recounted at the World Health Care Conference in 2008 where Professor Ajit Lalavani, head of the Infectious Disease Department at the Imperial College of Health Care in London provided a perspective into the “Long and Tough Journey” of translating evidence into practice.³⁵ Dr. Lalavani recalled that the first controlled medical trial in world history was not of this modern era, but staged in 1601 by a British sea captain named James Lancaster.³⁵ As his four ships were sailing from England to India around the Cape of Africa, Lancaster decided to give the sailors on one of his ships three teaspoons of lemon juice every morning. He did this after reading a report 8 years earlier by Sir Richard Hawkins. In this report, Hawkins observed that the most effective protection against scurvy appeared to be “sour oranges and lemons”. This careful observation and hypothesis testing resulted in 40% of the sailors on the ships where no one received the lemon juice developing scurvy and eventually perishing. However, on the ship receiving the lemon juice, none died of the disease. The medical evidence was compelling, and the entire British Navy put it to good use beginning in 1795—unfortunately this translation of evidence into clinical practice did not occur until 194 years after Lancaster’s voyage!³⁵ The important lesson for those who are neither researchers nor policy makers is that simple observations of health effects in your local community, and the practical use of tested knowledge, are the vehicles for making real health care differences. To all, I encourage you to take advantage at this conference and others to learn about evidence-based research and become translators of research knowledge at all levels of our profession.

Conclusion

In the American Nursing Association publication, *Florence Nightingale Today: Healing, Leadership, Global Action*, the authors remind us that like Florence Nightingale, we are ‘inter-disciplinarians’ who collaborate with others to promote health in a variety of ways and in numerous arenas.³⁶ These collaborations improve our patient’s lives and within our local communities, promote transcultural understanding of globally relevant health issues. As we come together at this, the 6th Biennial Joanna Briggs Colloquium, let us all be international partners in nursing science, communicating with and connecting to our global colleagues in health throughout the world. Let us engage in an international exchange of knowledge without borders and confirm our commitment to support globally relevant, evidence-based research on the real health issues affecting us all. Together, we will *Eliminate Borders of Knowledge* and *Build International Communities of Research*. Let us, today, at this, The International Nursing Conference, confirm our roles as world citizens in research, understanding that together, as international partners, we *can* make a difference in the global community. “Muchas gracias y espero que tengan todos ustedes una conferencia informativa y fructosa.” Thank-you and my best wishes for a successful, stimulating, and informative Conference.

Bibliography

1. The Joanna Briggs Institute [homepage on the Internet]. Cited August 12, 2008. Available from: <http://www.joannabriggs.edu.au>.
2. Kulwicksi A. Improving global health care through diversity. *Journal of Transcultural Nursing*. 2006; Oct 17(4):396-7.
3. Mcfarlane SB, Agabian N, Novotny TE, Rutherford GW, Stewart CC, Debas HT. Think globally, act locally, and collaborate internationally: Global health sciences at the University of California, San Francisco. *Acad Med*. 2008; Feb 83(2):173-9.
4. Sigma Theta Tau International's Resource Paper on Global Health and Nursing Research Priorities: Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau International. 2005; June. Available from: <http://www.nursing society.org>.
5. Kim MJ, Woith W, Otten K, McElmurry BJ. Global nurse leaders. Lessons from the sages. *Advances in Nursing Science*. 2006; 29(1):27-42.
6. Fitzpatrick JJ. Expanding international research. *ANR*. 2005; 18:69.
7. Kulwicksi A. Improving global health care through diversity. *Journal of Transcultural Nursing*. 2006; 17(4):396-7.
8. Sigma Tau Theta International Collaborative Research Guidelines, Adopted by the Sigma Tau International Board of Directors, February 14, 2003. Available from: <http://www.nursing society.org>.
9. Madon T, Hofman KJ, Kupfer L, Glass RI. Implementation science. *Science*. 2007; 318:1728-9.
10. Ledogar RJ, Acosta LG, Penchaszadeh A. Building international public health vision through local community research: The El Puente-CIET partnership (Editorial). *American Journal of Public Health*. 1999; 89(12):1795-7.
11. Rosenkoetter MM, Nardi DA, American Academy of Nursing. White paper on global nursing and health: a brief. *Nursing Outlook*. 2006; Mar-April; 54(2):113-5.
12. Rosenkoetter MM, Nardi DA. American Academy of Nursing Expert Panel on Global Nursing and Health: White paper on global nursing and health. *Journal of Transcultural Nursing*. 2007; 18(4):305-15.
13. Global Forum for Health Research. The 10/90 report on health research 2000. Geneva. GFHR. 2000.
14. Hinshaw AS. Nursing knowledge for the 21st century: Opportunities and challenges. *Journal of Nursing Scholarship*. 2000; 32(2):117-23.
15. UNAIDS Report. Children Living with HIV Globally, 1990-2007.
16. Gallegos EC, Villarruel AM, Loveland-Cherry C, Ronis DL, Zhou Y. Intervention to reduce adolescents' sexual risk behaviors: A randomized controlled trial. *Salud Publica Mex*. 2008; 50(1):1-8.
17. Kaponda CPN, Dancy BL, Norr KF, Kachingwe SI, Mbeba MM, Jere DL. Research brief: Community Consultation to develop an acceptable and effective adolescent HIV prevention intervention. *J Assoc Nurses in AIDS Care*. 2007; 18(2):72-7.
18. 2008 Report on the Global AIDS Epidemic. Retrieved August 2008. Available from: <http://www.unaids.org>.
19. Thai MOPH. HIV in Thai women. 2005. Available from: <http://www.aids.org>. Cited in Rasamimari A, Dancy B, Smith J. HIV risk behaviors and situations as perceived by Thai adolescent daughters and their mothers in Bangkok, Thailand. *AIDS Care*. Feb 2008; 20(2):181-7.
20. Rasamimari A, Dancy B, Smith J. HIV Risk behaviors and situations as perceived by Thai adolescent daughters and their mothers in Bangkok, Thailand. *AIDS Care*. Feb 2008; 20(2):181-7.
21. Dennison CR, Peer N, Steyn K, Levitt NS, Hill MN. Determinants of hypertension care and control among peri-urban black South Africans: The HiHi study. *Ethnicity and Disease*. 2007; 17:484-91.
22. Daar AS, Singer PA, Pesad DL, Pramming SK, Matthews DR, et al. Grand challenges in chronic non-communicable diseases. *Nature*. 2007; 450:494-6.
23. Ossip-Klein DJ, Fischer S, Diaz S, Quinones Z, Sierra E, Dozier A et al. Tobacco use in six economically disadvantaged communities in the Dominican Republic. *Nicotine and Tobacco Research*. 2008; 10(5):851-60.
24. Fogarty International Center International Tobacco and Health Research and Capacity Building Program. Available at: <http://www.fic.nih.gov>.
25. International Clinical Research Training Scholars and Fellows Program. Available at: <http://www.fic.nih.gov>.
26. Holzemer WL, Uys L, Makoaw L, Stewart A, Phetlu R, et al. A conceptual model of HIV/AIDS stigma from five African countries. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 58(6), 541-51.

27. Global Health Matters, Fogarty International Center, Aug. 2007 Issue.
 28. Smith, BA. The role of nursing leaders in global health issues and global health policy. *Nursing Outlook*. 2006; 54:309-10.
 29. McElmurray BJ, Misner SJ, and Buseh AG. Minority international research training program: global collaboration in nursing research. *Journal of Professional Nursing*. 2003; January-February 19(1):22-31.
 30. McKenna HP. University of Ulster at Jordantown, School of Nursing, Innovative Collaborative Research Networks for Faculty and Students. No publication date.
 31. Green LA, Gryer GE, Froom P, Culpepper L, Froom J. Opportunities, challenges, and Lessons of International research in practice-based research networks: The case of an international study of acute otitis media. *Annals of Family Medicine*. 2004; 2(5):429-33.
 32. Swenson MJ, Salmon ME, Wold J, Sibley L. Addressing the challenges of the global nursing community. *International Nursing Review*. 2005; 52:173-9.
 33. NIH, International Research Governance Fact Sheet, September, 2006.
 34. Ethical considerations in international nursing research: a report from the International Centre for Nursing Ethics, Working Group for the Study of Ethical Issues in International Nursing Research, Chair DP Olsen, *Nursing Ethics*. 2003; 10(2):122-37.
 35. The difficulty of persuading physicians to change the way they practice medicine based on medical evidence. April 14, 2008. Available at: <http://www.healthbeatblog.org>.
 36. Montgomery, Dossey B, Selanders LC, Beck D-M, Attewell A. *Florence Nightingale Today: Healing, Leadership, Global Action*. American Nurses Association.
-

Mesa de comunicaciones 1 / Concurrent session 1: Salud en la adolescencia / Health in adolescence

AUTOR/ES:

António Garrido, Elsa Melo, Pedro Bandeira, Ana Clara Moraist

TÍTULO:

Calidad de vida en jóvenes

TEXTO DEL TRABAJO:

(1.- Objetivo(s). 2.- Métodos. 3.- Resultados*. 4.- Discusión* (que deberá incluir cuales son las implicaciones del estudio para la práctica clínica)

La percepción de la calidad de vida en jóvenes ha venido a constituir un indicador importante en la evaluación del estado de salud y en la identificación de áreas problemáticas de intervención, permitiendo una intervención precoz. Cuando fracasan las medidas de promoción de salud, permite, igualmente, en contexto de enfermedad, comparar diferentes tipos de tratamiento, cuantificar sus impactos e identificar necesidades de grupos específicos de niños 1,2,3.

Objetivos: Los principales objetivos de este estudio consistieron en: caracterizar la percepción de los jóvenes acerca de su calidad de vida e identificar áreas de intervención en el ámbito de un proyecto de promoción de salud escolar.

Métodos: Estudio exploratorio descriptivo, de naturaleza cuantitativa, con aplicación de cuestionario a 293 estudiantes del 3º ciclo, en una escuela secundaria del Concelho de Ílhavo. El instrumento de medición de la percepción de la calidad de vida fue la versión portuguesa del KIDDO KINDL4,5, constituido por 24 cuestiones que incluye las dimensiones: bienestar físico, bienestar emocional, auto-estima, familia, amigos y escuela, y permite una apreciación referente a los acontecimientos de la última semana.

Fueron tenidos en consideración aspectos éticos, siendo los padres de los estudiantes sido informados de los objetivos del estudio y autorizado la participación de los hijos. Las respuestas obtenidas fueron codificados e introducidos en una matriz de datos, tratados por ordenador, utilizando el programa Statistical Package que sea Social Science (SPSS), versión 15 para Windows.

Resultados: La muestra fue constituida por 293 estudiantes, 151 niñas y 142 niños, cuya edad varió entre los 11 y 18 años. Para la percepción de calidad de vida global fue obtenido un score medio de 64,58, en una escala que varía entre 0 (sin calidad de vida) y 100 (máxima calidad de vida). Los valores más elevados fueron encontrados en la dimensión solaz – emocional (79,34). En relación a la Familia, la mayoría de los estudiantes están bien con los padres (un 96%), pero un 31% asumen que tiene discusiones en casa con frecuencia y un 37% se sintieron limitados por los padres. Cuanto a los amigos (70,17), la mayoría desarrolló actividades con los amigos (un 88%), se sintieron un éxito con sus pares (un 73%), pero un 43% se sienten diferentes de las otras personas. La percepción del bienestar físico no fue muy elevada (un 67,96%), cerca de un 18% de los jóvenes se sienten poco saludables, un 35% sintieron dolores la última semana y un 51% estuvieron cansados. La dimensión escuela, con un score de 51,16, obtuvo el segundo peor resultado. un 47% de los adolescentes, refirieron que fue fácil que hagan las actividades de la escuela, un 72% estuvieron preocupados con el futuro y un 73% tuvieron miedo de quitar malas notas. La percepción de auto-estima fue la dimensión con peor evaluación (43,04), sólo un 25% de los estudiantes sintieron orgullo de sí mismos y un 35% se sintieron satisfechos consigo propios. No se verificaron diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la calidad de vida en función del género de los estudiantes. Los valores encontrados son semejantes a los obtenidos en la validación del KIDDO KINDL4 para la población portuguesa.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Eiser C. Children's quality of life measures. Archives of Disease Childhood .1997; 77 (4) 350-354.
2. Jenny M, Campbell S. Measuring quality of life. Archives of Disease Childhood .1997; 347-354.
3. Ferreira P. Medição do estado de saúde em crianças. Saúde Infantil 1992; 14:157-163.
4. Ferreira PL, Almeida M, Pisco M, Cavalheiro L. Qualidade de vida de crianças e adolescentes: adaptação cultural e validação da versão portuguesa do KINDL. Acta Pediátrica Portuguesa 2006; 37 (4): 125-144.
5. Ravens-Sieberer, U, Bullinger, M. Kindl – Questionnaire for measuring health-related quality of life in children and adolescents. 2000. Disponible em URL:
<http://www.kindl.org/daten/pdf/ManEnglish.pdf>.

AUTHOR/S:

Teresa Barroso, RN, MS; Aida Mendes, RN, PhD; António Barbosa, PhD
tbarroso@esenfc.pt Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal Health Sciences'
Research Unit: Nursing Domain.

TITLE:

Health promotion in school context: Analysis of alcohol consumption and avaluation of their perceived norms of peer'alcohol consumption

TEXT:**INTRODUCTION**

Research shows that the starting point for alcohol consumption occurs in average around 12 years old and the first episode of intoxication takes place around 14 years old. In fact, nearly all 15-16 year old students (>90%) have drunk alcohol at some point in their life(1-3). It is well established that the early consumption of alcohol is associated to a prior risk behaviour and alcohol-related problems, ranging from academic and health difficulties to social and legal issues(4-6).

Consequently, in order to turn this tendency around, it is necessary to provide interventions during the period when most students are experiencing initial exposure to alcohol. In order to be effective, they need to be provided in a developmentally appropriate way, especially when interventions are more likely to have an impact on behaviour. Further, the programmes designed to delay the onset of alcohol need to be important for young people's life experiences(7).

Researchers have consistently found that adolescents and youths generally overestimate the frequency of consumption and amount of alcohol consumed by their peers(8-9) and that they emphasized the relation between individual alcohol consumption and perceived social norms, in which higher perceived norms are associated with a higher personal consumption.

On the other hand, studies of interventions with components of social norms have found reductions in alcohol consumption over time(10-11).

Although social norms interventions started to increase among college students, few studies with middle or secondary students were found(9). In this point a view, researchers emphasize the need to extend this type of studies to those levels of education, integrating, on the one hand, characterisation studies of the perception of the regular consumption by the peers and, on the other hand, whenever necessary, the correction of the erroneous perceptions about peer consumption through the integration of this component into the intervention programmes(9-11).

In Portugal, the existing school health programmes are incipient, particularly the definition of projects in the areas of planning, coordination and assessment(12).

The analysis of the phenomenon of alcohol consumption among adolescents and the evaluation of their perceived norms of peer's alcohol consumption is critical to the success of any intervention(9). Hence credible data would be needed by the schools to find out the current level of consumption, not only to provide a correct analysis of the phenomenon and an orientation of the intervention plan, but also because the evidence of a lower number of consumers than the ones that the youngsters perceive to exist is an essential element to correct the distorted perception of peer consumption.

Aim: To assess the phenomenon of alcohol consumption and the perceived norms in two state schools in Coimbra (middle school) in order to implement a psycho-educational programme of alcohol use/abuse prevention, integrated into school curricula

METHODS

Quantitative, descriptive and correlational type of study, with the following research questions:
Which are the characteristics of alcohol consumption and which is the perception of 7th, 8th and 9th grade students of two state-run schools in the city of Coimbra on peer consumption (frequency, type of beverage and intoxication)?

Is the perception on peer consumption connected to alcohol consumption and intoxication?

Measurements: A socio-demographic classification was performed and a consumption questionnaire gathered information regarding consumer/abstainer status and the perceived descriptive norms related to drinking.

Procedures: A formal authorisation was obtained from the educational authorities upon explanation of the study objectives and after guaranteeing anonymity and confidentiality of the data.

Subjects: The sample included 654 adolescents: 51.5% were female, with ages between 12 and 19 years old, mean [SD] = 13.55 [1.13] years, from the 7th, 8th and 9th grades of state-run schools in the city of Coimbra.

RESULTS

In the studied sample, 65.1% of the adolescents had already drunk alcoholic beverages and no differences were found between males and females (Qui square = 1.13; $p=.29$).

As for the reported patterns of consumption, integrating the entire sample, we found the following frequencies: Regular consumption (drinks at least once a month): beer (5%); spirits (4.6%) and wine (0.8%); Occasional consumption (drinks once in a while or rarely): beer (30.6%); spirits (47.7%) and wine (17.4%); Abstainers: beer (64.4%), spirits (47.7%) and wine (81.8%).

As regards to the perceived descriptive norms related to the frequency of drinking: 32.3% believe their peers are regular drinkers; 63.1% believe their peers are occasional drinkers; and 4.6% believe their peers are abstainers. Those perceived frequencies are inaccurate when compared to the frequency reported by adolescents regarding all different types of drinks (beer, wine or spirits).

Moreover, in relation to the amount of consumption, 18.4% of those who had already drunk alcoholic beverages reported having three or more drinks in a row. Nonetheless, 44% believe their peers drink 3 or more drinks in the same occasion. As for the incidence of intoxication, it was reported by 18.8% of the adolescents. Despite that, the majority of adolescents (77.5%) believe their peers have already experienced that situation.

In order to analyse the influence of the perceived peer norms on the current consumption, we divided that variable into two levels (categories): high perceived peer norms (daily, weekly and monthly) and low perceived peer norms (abstainer, occasional and rare).

No statistically significant differences were found in terms of gender between males and females regarding the levels of perceived peer norms (Chi-square ($gl=1$) = .779; $p = .377$).

As far as age is concerned, the significantly higher perceived norms were registered among the older students (more than 14 years of age) (Chi-Square ($gl=1$) = 35.74; $p = .00$).

With regard to the analysis of the phenomenon of alcohol consumption among adolescents and the evaluation of their perceived norms of peer's alcohol consumption, we found that: - a larger than expected number of adolescents who use alcohol show significantly higher perceived norms (Chi-Square ($gl=1$) = 41.18; $p = .000$) and - a larger than expected number of adolescents who reported intoxication demonstrate significantly higher perceived norms (Chi-Square ($gl=1$) = 19.11; $p = .000$).

DISCUSSION

The purposes of this study were to assess the current alcohol consumption and the amount and incidence of intoxication and determine the relation between the perception of such normative behaviour and the current behaviours of adolescents themselves.

The results of this study show that most of the youths who were part of the studied sample had already consumed alcoholic beverages, although a regular consumption was not common among middle school students. On the other hand, nearly 1/5 of the adolescents reported at least one incident of intoxication and reported having three or more drinks in a row.

The results of the study indicated that adolescents had considerable misperceptions of social norms regarding alcohol consumption, amount and incidence of intoxication, and that the majority of adolescents overestimated those normative behaviours.

Results also indicated a significant relation between adolescents' own behaviours and the perceptions of the behaviour norms, which is significantly higher among youngsters who had already drunk alcoholic beverages and experienced intoxication.

Despite the limitations - only students whose parents gave expressed consent participated in this study -, the high number of involved students made us possible to improve the health promotion programme.

IMPLICATIONS TO PRACTICE

The present findings show that the overestimation of the frequency of their peers' alcohol consumption is related to drinking. It is clear that prevention efforts must start early in the child's life.

Also, it shows that the psycho-educational programmes must be able to develop accurate perceptions of the norms in both males and females. These results were included in a health promotion programme developed with youngsters attending the 7th grade (mean age 12 years).

BIBLIOGRAPHY:

1. Matos M G and Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde. A saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois). Relatório Português Estudo HBSC. Lisboa: FMH; 2003.
2. World Health Organization. Global Status Report on Alcohol 2004. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneve: WHO; 2004.
3. Anderson, P. and Baumberg, B. Alcohol in Europe, A public health perspective. London: Institute of Alcohol Studies, UK, 2006.
4. Gurber E, Diclemente RJ, Anderson MM, Lodico M. Early drinking onset and its association with alcohol use and problem behavior in late adolescent. *Prev. Med.* 1996; 25 (3):293-300.
5. Grant, B. and Dawson, D. Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiology Survey. *J. Subst. Abuse* 1997; 9, 103-110.
6. Komro K.A. and Toomey, T.L. Strategies to prevent underage drinking. *Alcohol Res. Health* 2002; 26 (1), 5-14.
7. Barroso T, Barbosa A, Mendes A. Programas de Prevenção do consumo de álcool em jovens estudantes: revisão sistemática. *Referência* 2006 Dezembro; II(3):33-44.
8. Perkins, H. W., Meilman, P. W., Leichliter, J. S., Cashin, J. R. and Presley, C. A. Misperceptions of the Norms for the Frequency of Alcohol and Other Drug Use on College Campuses. *J. Am. Coll. Health* 1999 May; 47: 253-258.
9. Perkins, H. W. (ed.). *The Social Norms Approach to Preventing School and College Age Substance Abuse. A Handbook for Educators, Counselors, and Clinicians*, San Francisco: Jossey-Bass, 2003.
10. Cardenal, C. A. and Adell, M. N. Factors Associated With Problematic Alcohol Consumption in Schoolchildren. *J. Adolesc. Health* 2000; 27: 425-433.
11. Vicary, J. R. and Karshin, C. M. College Alcohol Abuse: A review of the Problems, Issues, and Prevention Approaches. *J. Prim. Prev.* 2002; 22 (3): 29
12. Direcção Geral de Saúde. *Saúde Juvenil Relatório Sobre Programas e Oferta de Cuidados. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes*; 2004.

AUTOR/ES:

Barrera Uriarte M.L., Rey Reñones C., Valdivieso López E., Arija Val M.V., Giner Aguiló C., Reyes Curto A.

TÍTULO:

PROGRAMA COMUNITARIO INTEGRADO EN CENTROS EDUCATIVOS. PREVALENCIA Y PERCEPCIÓN DEL TABAQUISMO EN ADOLESCENTES

TEXTO DEL TRABAJO:

Se presentan los resultados preliminares correspondientes al primer año de intervención de un ensayo clínico comunitario de seguimiento a 3 años, para conocer la efectividad de las intervenciones preventivas, frente el consumo de tabaco en los adolescentes que cursan sus estudios en los Centros de Enseñanza Secundaria Obligatoria de las ciudades de Reus y Tarragona (Tarragona)

Objetivos:

Describir la prevalencia de tabaquismo y conocer la percepción hacia el tabaco en adolescentes de 1º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) según sexo y tipo de Centro Escolar (Concertado, público de ciudad y público de ubicación periférica).

Métodos:

Ámbito: Atención Primaria.

Diseño: Estudio descriptivo dentro del Ensayo Clínico comunitario aleatorizado. Sujetos/participantes: Todos los escolares de 1º de ESO de 29 centros escolares de las dos ciudades.

Variabes sexo, centro escolar, consumo de tabaco en caladas, número de cigarrillos fumados, cigarrillos/día, cigarrillos/últimos 30 días, expectativas de consumo en el futuro, consumo de tabaco de sus profesores así como valoración de ítems en relación a la percepción del hábito: a) Fumar es perjudicial para la salud, b) El tabaco crea adicción, c) El tabaco es una droga, y d) Fumar está de moda. Se midió el monóxido de carbono (CO) mediante coximetría en dos ocasiones distanciadas por siete días, siendo la segunda medición por sorpresa. Instrumento: Cuestionario validado por el Programa Marco Europeo de prevención del tabaquismo y coximetría (MEDICAL, modelo Micro CO). Con los valores de coximetría se clasificaron a los alumnos en no fumadores (NF) con valores de 0 - 6 ppm, fumadores moderados (FM) de 7 - 10 ppm y grandes fumadores (GF) > 10 ppm.

Análisis de datos: se utiliza el programa estadístico SPSS v.15.0 realizándose análisis descriptivo de las variables descritas anteriormente y chi-cuadrado de Pearson, razón de verosimilitud, asociación lineal como pruebas estadísticas. Consideramos diferencias significativas valor de $p < 0,05$.

Resultados:

Se incluyeron 29 centros escolares con una tasa de participación del 96,7%. N=2.256; 52,2% varones y 47,8% mujeres. Un 4,4% expresa que fuma o ha fumado diariamente. El hábito tabáquico en esta edad no presenta diferencias por sexo, excepto en haberlo probado alguna vez, cuya frecuencia es mayor en varones. Sin embargo, se observan diferencias significativas por centro escolar en la prevalencia de fumar o haber fumado diariamente: 2,9% en los centros escolares concertados, 4,2% en los institutos públicos urbanos, y 6,4% en los institutos públicos de las zonas periféricas de la ciudad ($p=0,005$). En general, un 17% de alumnos prevé que será fumador en el futuro próximo. La segunda medición de CO indica que un 4,5% son FM o GF (2,7% y 1,8% respectivamente) siendo mayor la prevalencia en los varones ($p=0,027$). También se observa mayor prevalencia en esta medición en los institutos públicos de las periferias de la ciudad (6,7%) que en los centros concertados (4%) y en los institutos públicos urbanos (3,2%) ($p < 0,001$). Un 2,1% de los escolares cree que fumar no es perjudicial para la salud, no existiendo diferencias significativas por sexos pero si por centros, el 1,3% corresponden a centros públicos de ubicación periférica, el 0,5% a centros públicos de ciudad y el 0,3% a centros concertados ($p < 0,01$). No consideran el tabaco como una droga el 3,7% de los varones y el 2% de las mujeres ($p < 0,001$). El 60,1% de los adolescentes está totalmente o bastante de acuerdo en considerar que fumar está de moda, no existiendo diferenciación por sexo aunque sí por centros educativos: 26,7% en centros públicos periféricos, 21,3% en centros públicos de ciudad y 17,7% en centros concertados ($p < 0,001$). Consideran que fumar no crea adicción un 2,9% de los alumnos, un 2,4% corresponden a centros públicos (sin diferenciación por ubicación geográfica) ($p < 0,001$). Los adolescentes perciben en un 11,1% que todos o casi todos sus profesores fuman, frente a un 1,7% que cree que ninguno de ellos fuma ($p < 0,001$).

Discusión:

La prevalencia expresada mediante el cuestionario y la medida de consumo mediante coximetría son similares y alcanza un 4,5% de los escolares de 1º de ESO. En general, en esta edad, en la que conside

adolescentes está totalmente o bastante de acuerdo en considerar que fumar está de moda, no existiendo diferenciación por sexo aunque sí por centros educativos: 26,7% en centros públicos periféricos, 21,3% en centros públicos de ciudad y 17,7% en centros concertados ($p < 0,001$). Consideran que fumar no crea adicción un 2,9% de los alumnos, un 2,4% corresponden a centros públicos (sin diferenciación por ubicación geográfica) ($p < 0,001$). Los adolescentes perciben en un 11,1% que todos o casi todos sus profesores fuman, frente a un 1,7% que cree que ninguno de ellos fuma ($p < 0,001$).

Discusión:

La prevalencia expresada mediante el cuestionario y la medida de consumo mediante coximetría son similares y alcanza un 4,5% de los escolares de 1º de ESO. En general, en esta edad, en la que consideramos que los adolescentes empiezan a experimentar con el tabaco, los varones presentan un nivel de consumo discretamente más elevado. Destacamos diferencias significativas respecto al consumo de tabaco según características sociales y demográficas de los centros. Existen diferencias por sexo y por tipo de centro escolar en relación a la percepción del tabaquismo, así como también al hábito de fumar de sus profesores. Según los adolescentes, los profesores de centros públicos son más fumadores que los de centros concertados, quizá se pueda atribuir a que la normativa de los centros sea más rigurosa.

Implicaciones para la práctica:

Los datos demuestran que el inicio del consumo de tabaco se mantiene, por lo que consideramos necesario el desarrollo de programas de promoción y prevención implementados por personal de enfermería en los centros escolares. Remarcar la importancia de que los estudiantes no vean a sus profesores fumar, debería ser prioritario como estrategia educativa contra el tabaquismo. Sorprende el alto porcentaje de adolescentes que cree que fumar está de moda, por lo que el diseño de actividades educativas que desarrollen estrategias para contrarrestar estas opiniones son necesarias, si queremos conseguir el objetivo que plantea el ensayo clínico comunitario, basándonos en el PLAN DE SALUD DE LA OFICINA EUROPEA DE LA OMS en la que para el año 2015 la proporción de no fumadores en mayores de 16 años debe ser del 80% y en menores de esa edad debe acercarse al 100% (6).

Estudio financiado por los Fondos de Investigación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo (PI070937)

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.-Ariza C, Nebot M, Villalbí JR, Díez E, Tomas Z, Valmayor S. Tendencias en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis de los escolares de Barcelona (1987-1999). *Gac Sanit.* 2003; 17(3): 190-3.
- 2.-Cabezas C. EL paper de l'atenció primària. *Annals de Medicina.* 1999; 82: 115-6.
- 3.-Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco. *Diario Oficial n° L 213 de 15/06/2004 p. 0009 – 0024.*
- 4.-Departament de Sanitat , Seguretat Social i Departament d'Ensenyament. Departament d'Ensenyament. "El tabac ben lluny". Barcelona: Generalitat de Catalunya; 1999.
- 5.-Dino G, Horn K, Goldcamp J, Fernandes A, Kalsekar I, Massey C. A 2-year efficacy study of not tobacco in Florida. An overview of program successes in changing teen smoking behaviour. *Prev Med.* 2001; 33(6): 600-5.
- 6.-García P, Carrillo A, Fernández A, Sánchez JM. Factores de riesgo en la experimentación y el consumo de tabaco en estudiantes de 12 a 14 años. Actitudes ante el tabaco en los grupos de presión. *Aten Primaria.* 2006; 37(7):392-9.
- 7.-Mosella MC, Villalbí JR, Hayes A, Nebot M. Sobre jóvenes, revistas, publicidad y educación sanitaria. *Gac Sanit.* 1999; 13(2): 166-8.
- 8.Nebot, (et al). Factores asociados con la intención de fumar y el inicio del hábito tabáquico en escolares: resultados de estudio ESFA en Barcelona. *Gaceta Sanitaria.* 2002; 16(2):131-8.
- 9.-Villalbí JR, Tomas Z, López M, Rodríguez M, Nebot M. La cambiante epidemiología del tabaquismo: Barcelona, 200-2001. *Rev Clin Esp.* 2004; 204(6): 312-6.
- 10.-White F. Kearney N. Reconociendo el rol de la enfermera/o en el control tabáquico. *Publicaciones de la UICC.* Julio 2002.

Mesa de comunicaciones 2 / Concurrent session 2: Salud Infantil

AUTOR/ES:

Muñoz Jiménez D., Martín González P., García Garraus J.M., Maderuelo Fernández J.A., Borrego Benito I., Calvo Sánchez T., Fuertes Sánchez C.

TÍTULO:

Intervención de Enfermería para promover hábitos saludables en niños de 3 a 6 años.

TEXTO DEL TRABAJO:**OBJETIVO**

Determinar los hábitos de alimentación, actividad física, ocio, higiene bucodental y reposo en los niños de 3 a 6 años.

MÉTODO

Diseño: Estudio observacional descriptivo, transversal.

Ámbito: Atención primaria (zona de salud urbana) y un centro público de educación infantil y primaria de la misma zona de salud.

Población: Totalidad (149 niños/as) de los alumnos de educación infantil de un centro de educación pública.

Mediciones: Siguiendo los datos que se muestran en la estrategia NAOS, se elaboró un cuestionario, basado en el utilizado en el Día Nacional de la Nutrición, que analiza los siguientes hábitos: dónde comen, número de comidas que realizan al día, qué desayunan, distribución de principios inmediatos a lo largo de la semana, consumo de bollería, chucherías y aperitivos, consumo de comida rápida, tiempo que ocupan realizando actividad física, tiempo que dedican a la TV, ordenador y videojuegos, cuándo se cepillan los dientes y horas de reposo. El análisis se ha realizado mediante un estudio descriptivo, calculando porcentajes y medias.

RESULTADOS

La tasa de respuesta fue del 87,2%. La edad media fue de 4,6 años. El 72% de los niños realizan la comida principal en casa. Sólo el 66% de los niños realizan la ingesta de la media mañana. El 96% desayuna leche, el 87,2% galletas/cereales y sólo el 17,6% toma fruta en el desayuno. Consumen de dos a tres veces al día; lácteos el 65,6%, pan el 40,8% y fruta el 36,8%. Se duplica el porcentaje en cuanto a la ingesta de pasta y arroz frente a la de legumbres. A diario comen verdura el 15,2% y fruta el 76,8%. El 32% toma carne a diario, embutido el 16,8% mientras que el 5,6% toma pescado con la misma frecuencia. Por término medio, la frecuencia de consumo de refrescos, bollería, chocolate, aperitivos y chucherías es una vez a la semana. El tiempo que dedican al ocio de TV, ordenador y videojuegos es, como media, de 1 hora al día. Dedicar al ejercicio al aire libre más de 5 horas a la semana. La media de descanso es de 10 horas al día. El 88% se cepillan los dientes después de la cena.

CONCLUSIONES

El análisis de los hábitos alimentarios de la población infantil de nuestro estudio, coinciden con los que presenta la estrategia NAOS. La información que nos proporcionan los padres en los talleres educativos que se han realizado hasta la fecha no coincide con los resultados obtenidos en el análisis del consumo de bollería, chocolate, aperitivos y chucherías.

Proponemos las intervenciones de Educación para la Salud, dirigidas a padres dentro de la comunidad escolar para sensibilizar y promover cambios de hábitos más saludables.

BIBLIOGRAFÍA:

Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia NAOS. La alimentación de tus niños. Consultado el 30/10/2007.
Disponible en <http://www.naos.aesan.msc.es>
Junta de Castilla y León. La salud en la escuela. Consultado el 12/1/2008.
Disponible en <http://www.sanidad.jcyl.es/sanidad/cm>
Dia Nacional de la Nutrición. Cuestionario sobre alimentación. Consultado el 29/9/2007.
Disponible en http://www.fesnad.org/pdf/Cuestionario_DNN_2005.pdf
Ministerio de Sanidad y Consumo. Programa PERSEO. Cuestionario hábitos alimentarios de la población escolar. Consultado el 3/11/2007.
Disponible en <http://www.perseo.aesan.msc.es/es/profesionales/secciones/cuestionarios.shtml>

AUTOR/ES:

RAMOS SALAS,E; DIEZ DELGADO,F.J.; SALAZAR AGULLO,M; RAMOS PLEGUEZUELOS,FM.

TÍTULO:

DESIGUALDADES EN LA VACUNACION NEUMOCOCICA EN MENORES DE DOS AÑOS EN ALMERIA CAPITAL

TEXTO DEL TRABAJO:

Las desigualdades socioeconómicas en salud se encuentran en la mayoría de los países incluida España. Son innecesarias e injustas, según la OMS¹ y por tanto incluyen una dimensión moral o ética ya que pueden modificarse mediante políticas sanitarias y sociales². Se producen en todos los grupos de población, aún a nivel urbano y su expresión más radical son los grupos de exclusión social. La tendencia de hacer transparente los efectos en salud de las políticas económicas y sociales fue iniciada en Inglaterra y Gales (Black Report 1982), siguiéndole la mayoría de los países europeos. En España los informes de salud comenzaron en Cataluña (2003-2005) País Vasco (2007) uniéndose Andalucía 2008³. Para salvar estas desigualdades es necesario que el Gobierno y las comunidades autónomas las sitúen claramente en la agenda política; lo que se traduciría también a estar presentes en los planes de salud². El primer informe de esta Comunidad lo realiza la ASOCIACION para la DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA DE ANDALUCIA; y para el IV Plan de salud proponen unas recomendaciones a fin de reducirlas³. Los niños tienen más probabilidades de sufrir los problemas de la pobreza y permanecer en ella⁴. Cada año mueren 14,6 millones de personas por enfermedades infecciosas, que pueden ser prevenibles por vacunaciones⁵. La Visión y Estrategia Mundial de Inmunización (VEMI) se ha fijado tres metas principales mediante inmunización, ya que en 2003 ésta evitó más de 2 millones de muertes⁶. Los centros andaluces cumplen con las coberturas sistemáticas referidas por los PAI en 1974⁵ y las propuestas de la OMS en 2005⁶. Sin embargo no ocurre con las nuevas vacunas fuera de calendario, sobre todo en barrios marginales. Las prioridades de salud pública no solo dependen de factores científicos, sino de otros de carácter epidemiológico, económico e incluso social, cultural y político⁷. La no introducción en calendarios de vacunas nuevas aparecidas en el mercado con costes elevados, como la vacuna antineumocócica heptavalente (VNC7v) cuyo coste es 74,96€/dosis, hace que haya mas disparidad en los resultados de salud. En muchos países europeos está incluida en calendario y en España (salvo para algunos grupos de riesgo) sólo forma parte del Calendario de la Comunidad de Madrid (Orden 1869/2000. BOCM 24-10-2006).

Almería tiene cuatro barrios considerados de exclusión social, situados alrededor de la ciudad, entre ellos El Puche, formando un cordón de desempleo, pobreza y exclusión. El Centro de Salud Virgen del Mar-Los Molinos (V.M.) y el Consultorio El Puche pertenecen a la Zona Básica de Almería. El Puche es un barrio considerado de exclusión social⁸ con una población de 7.422 habitantes y el Centro de Salud V.M. con 23.039. Ambos centros atienden a la población infantil hasta los 14 años, V.M. con tres pediatras y Puche con uno. La gestión, localización y aplicación de la vacunas se realiza con una enfermera en ambos centros, salvo excepciones, que es la Responsable del Programa. Ambos centros presentan coberturas muy altas en las vacunaciones sistemáticas (por encima de la media andaluza), no siendo así para la vacunación VNC7v, aún habiendo sido recomendada por los pediatras desde su comercialización en 2001.

La enfermedad neumocócica es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil en el mundo, especialmente en niños menores de 2 años, incluso en países desarrollados⁹. La vacuna VNC7v presenta eficacia probada de más del 95% para los serotipos contenidos en la misma, frente a la enfermedad invasora, que disminuye al 85-90% si se incluyen todos los serotipos de neumococo. Está recomendada por múltiples organismos y sociedades científicas. En Estados Unidos, donde la vacuna está incluida en calendario, ha demostrado que con coberturas del 80% la enfermedad descendió en niños menores y mayores de 5 años. En España la enfermedad no es de declaración obligatoria y ello dificulta el conocimiento real de la misma (se estiman coberturas vacunales entre 28-45%, a partir de dosis vendidas desde la comercialización de la vacuna 2001). Las vacunas sistemáticas se anotan en los casilleros de la ficha de vacunación, pero esta vacuna, al no estar en calendario oficial no tiene un sistema de

registro estandarizado y los enfermeros que lo consideran la apuntan en los espacios en blanco de la ficha de vacunación. Con la vacuna antineumocócica que comentamos no se sigue estrategia de captación.

OBJETIVOS: a) Conocer la evolución de la cobertura vacunal del neumococo en ambos puntos desde su implantación (2001-2006). b) Analizar el cumplimiento de las pautas según edad de comienzo, durante el periodo 2001-2004 del Centro de Salud y Consultorio.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio descriptivo de carácter transversal, retrospectivo de todas las ficha de vacunación (VO) individuales de vacunación infantil de los últimos 7 años (2000-2006) del centro V.M. y consultorio Puche. Se eligieron todos los niños candidatos de poder ser vacunados con VNC7v desde que se comercializó. La comparación de los datos se realizó mediante test Anova, y para la comparación de los grupos se utilizó el paquete estadístico SPSS 13.0. Las variables que analizamos fueron: Código = numérico 1,2,3,4....., fecha de nacimiento, fecha de comienzo de VNC7v, edad de comienzo del neumococo, nº de dosis recibidas por individuo, refuerzo si lo ha recibido, fecha de la última dosis de VNC7v, y edad final de VNC7v, consultorio al que pertenece. Otras variables pertenecientes a las fichas que cursaron baja en los centros fue recoger el motivo: Cambio de domicilio fuera de la capital, traslado de centro de salud, éxitus, abandono, causa desconocida, otros (dentro de este apartado, hemos usado otros para designa a los niños como mal vacunado de VNC7v. El estado de vacunación correcta, pautas e intervalos, tanto en niños sanos, como en inmunodeprimidos y para niños de 2 a 5 años (y hasta los 9 años son las recomendadas por los CDC y la ficha técnica del laboratorio. En caso de haber perdido alguna dosis, se aplicarían las pautas correctoras de la tabla editada por la EMEA debido al desabastecimiento producido en 2004. Para el primer objetivo los datos van desde el 2000 ya que muchos niños nacidos en este año (eran candidatos de recibir alguna vacuna a partir de su comercialización) hasta 2006 (momento del estudio), mientras que para el segundo objetivo los años que podemos presentar son 2000-2004 debido a que los niños nacidos después de este periodo no tenían la edad de haber completado la pauta al comienzo del estudio.

RESULTADOS: Se analizaron 3.328 fichas de vacunación (VO) en el periodo 2000-2006 distribuidas por años y por centro 954 (28,7%) pertenecían al Puche (71,3%) a V.M., de los cuales, 15 (1,57%) niños de Puche comenzaron vacunación y 1551 (65,33%) V.M., niños que aunque nacidos en el año 2000 comenzaron la vacunación en el 2001. Los porcentajes de niños que iniciaron vacunación entre los registrados fueron para el año 2000 (28,76%) ascendiendo hasta 2006 (82,33) para Virgen del Mar. Para estos mismos años en El Puche se pasó de un 0% a un 5,03%($P<0,001$). La vacunación en 2003 sufre un descenso en lo que se refiere a Virgen del Mar, debido al desabastecimiento de la vacuna en el año 2004, pero, fueron los niños nacidos en el 2003 los que menos dosis recibieron. En el año 2006 el número de niños es menor, debido a, que los nacidos en el último trimestre de este año no tenían la edad apropiada para comenzar la vacunación al inicio del estudio. En cuanto al número de dosis recibidas de dicha vacuna destacamos que el 44% de los niños recibieron 4 dosis y sólo el 8% recibieron una dosis. Para el segundo objetivo sólo se reflejan los años 2000-2004 -2398 niños- con las observaciones hechas en material y métodos (no tener la edad para completar la pauta al momento del estudio). Para la obtención de estos datos tuvimos que restar los niños que cursaron baja en ambos centros, pero, que salieron a otros de la capital o fuera de ella o de la Comunidad. Las bajas entre los registrados en estos años fueron 463, quedando sólo 1935 niños registrados. En total 991 niños iniciaron vacunación (13 en Puche y 978 en V.M.); pero solo fueron 664 (67%) los que completaron correctamente las pautas.

DISCUSIÓN: El 47% de los niños registrados iniciaron vacunación VNC7), el 65,33% en V.M. y el 1,57 en Puche, mostrando una evolución ascendente por años, que pasa del 19% para la cohorte del año 2000 a superar el 62% en el 2005. Esto se debe a la recomendación de los pediatras y a la labor de educación sanitaria por parte de enfermería. Los niños bien vacunados en relación a los que iniciaron la vacunación VNC7v, en los años 2000-2004 también siguen una línea de ascenso pasando del 17,24 al 61,63%. El traslado de niños a otros centros correctamente vacunados supondría coberturas superiores a las reflejadas. La cobertura de vacunación (VNC7v) en nuestros centros ha alcanzado un 78,68% en el caso de Virgen del Mar que consideramos muy elevada frente a los datos que ofrecen otros autores en nuestro país⁹, a pesar de no seguir ninguna estrategia de captación. Este estudio, aunque muy local, es el primero en ofrecer datos reales sobre coberturas y dosis recibidas de neumococo por sujeto en menores de dos años, otros autores españoles ofrecen estimaciones del 28-45% en menores de 12 meses Arístegui J, Bernaola E, Pocheville I, García C, Arranz L, Durán G, et al. Reduction in Pediatric invasive Pneumococcal

disease in the Basque Country and Navarra (Spain). Introduction of the heptavalent pneumococcal conjugate vaccine. Eur J Clin Microbiol Infec Dis 2007; 26: 303-310. Moreno Sánchez R, et al. Características de las neumonías hospitalizadas antes y después de la recomendación. An Pediatr (Barc.) 2006; 64 (Supl 1): 59-98. estiman una cobertura en población almeriense del 10,14% en 2002 y del 16,7% en 2005 en menores de 5 años, y Calbó et al.10 para Tarrasa, ofrecen datos del 4,8% en 2002, al 34% en 2004 en menores de 2 años, pero ambos casos se refieren a niños hospitalizados. Todos los datos disponibles, aunque incompletos, proceden del CMBD o de programas autonómicos especiales de vigilancia de meningitis neumocócica. Una limitación del estudio fue no cuantificar el número de niños de grupos de riesgo. Al no existir normativa sobre el registro de estas vacunas, la explotación de datos y conocimiento real de estas vacunas desde distritos hacía la administración autonómica, es posible que se haya producido una infradeclaración de las dosis de la vacuna VNC7v) en los centros estudiados (aunque el criterio que se utiliza es "vacuna administrada, vacuna registrada". Por ello, proponemos que se estandaricen el sistema de fichas y se informaticen todas las vacunas, sean o no financiadas, pues otras vacunas anteriores que no estaban financiadas, hoy se encuentran dentro de los calendarios oficiales⁸. Se consiguen porcentajes elevados de vacunas sistemáticas, gratuitas, en ambos centros, mientras que la cobertura en vacunación de (VNC7v) es casi inapreciable en El Puche, probablemente debido a la relación coste, número de dosis y condiciones socioeconómicas de esta población. El gran número de vacunas no incluidas en calendario y con altos costes a las familias, hace que cada vez exista más desigualdad en población infantil con características socioeconómicas bien diferenciadas. Para completar nuestro estudio es necesario: estudios estandarizados de evaluación, como propone Stanginnus, U y col (Rev Esp. Econ. salud 2007;6(4):232-240).

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Proponemos a otros grupos la aportación de datos sobre coberturas reales de vacunas no incluidas en calendario para mejora de estudios posteriores y evaluación de programas de vacunación y/o comportamiento de enfermedades. Sólo un tratamiento de igualdad en calendarios vacunales puede ayudar a disminuir las desigualdades en salud producidas por las barreras socioeconómicas.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.García Calvente M, Borrell C, Martín Boscá JV. Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit. 2004;18(Supl.1):2-6.
- 2.Borrell C, Peiro R, Ramon N, et al. Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado Español. Gac Sanit. 2005;19(4):277-285.
- 3.Álvarez Dardet C. La sanidad pública de Andalucía. Primer Informe sobre desigualdades y salud en Andalucía. Asociación para la defensa de la sanidad pública de Andalucía. Escolar Pujolar A (Editor). Sevilla. 2008.
- 4.Díaz Huertas JA, Vall Combelles O, Ruiz Díaz O. Informe técnico sobre problemas de salud y sociales de la infancia en España Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
- 5.Del Rey Calero, J. Exclusión social, pobreza y salud. Anales de la Real Academia de Medicina. 2004; 121 (1):57-72 .
- 6.Weekly epidemiological record. Los gobiernos aplauden una nueva estrategia mundial de inmunización OMS/UNICEF que aspira a evitar millones de defunciones. Comunicado de prensa de la OMS. Ginebra 25 Mayo 2005. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr_who04/es/
- 7.Martinón-Torres F. El pediatra y las vacunas no incluidas en los calendarios "oficiales". Bol Pediatr 2007;47:209-212.
- 8.Checa Olmos JC, Arjona Garrido A. Factores que determinan el proceso de exclusión de los barrios periféricos: El caso de Puche (Almería). Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales 2005; 9 (186). <http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-186.htm>
- 9.Moraga, FA. Enfermedad neumocócica en el niño: Impacto de la vacuna conjugada heptavalente. En: Campins Martí, M.; Moraga Llop, FA. (Eds.). Vacunas 2001. Barcelona: Prous Science 2001; 51-87.
- 10.Calbó E, Diaz A, Cañadell A, Fabrega J, Uriz S, Xercavins M, et al. Invasive pneumococcal disease among children in a health district of Bacerlona: early impact of pneumococcal conjugate vaccine. Clin Microbiol Infect. 2006;12:867-72.

Mesa de comunicaciones 3 / Concurrent session 3: Community Health

AUTOR/ES:

Samira Reschetti Marcon, Mariano Martínez-Espinosa, Alice G. Bottaro de Oliveira, Elizete Aparecida Rubira, Dulce Aparecida Barbosa

TÍTULO:

COMPARISON OF THE FREQUENCY OF THE LICIT AND ILLICIT DRUG USERS IN THE CARE CENTER FOR ALCOHOL AND DRUGS (CAPS AD) STATE OF MATO GROSSO

TEXTO DEL TRABAJO:

The use of drugs in society has become a serious public health problem, taking into account its individual and/or collective consequences. In Brazil, the Ministry Policy of Integral Care to alcohol users and other drugs have recommended the treatment in open and communitarian services that view the social reinsertion of the users. Although significant changes have been occurring in the way the treatment is done, one observes that the frequency and/or adherence to the treatment of the user at both licit and illicit drugs have been unsatisfactory reflecting directly in the recovery. The non-compliance to the treatment is a general problem, but specifically in the treatment of alcohol abuse and other drugs areas reaching more concerning proportions.(1) A study about adherence assessment of a therapeutic program for alcohol addicts in the Federal University of Espírito Santo, verified the low adherence of the users where only 30% of the patients joined the program 70% abandon it.(2)

The concept of adherence adopted in this study was based on Garcia and Macieira's concept, that define the link of the individual to the treatment with or without abstinence.(2)

Considering that the frequency/adherence to the treatment has a direct relation with the recovery process and that in this process the chemical addict is an active subject who participates and assumes this responsibility and that the licit user presents a behavior different from that of the illicit user, this study presents itself as an important scientific contribution.

In this way, the aim of this study was to make a comparison between the frequency of the licit and illicit drug users in the CAPSAd of the state of MT.

Methodology: It was a cross-sectional study developed in the four CAPSAd of the state of MT, Brazil, from November 2007 to February 2008. The population comprised 717 users that were under treatment from January to October 2007. The data were collected using the patients' file survey and for the statistic analysis tables, graphs and the multivariate analysis of variance technique.

The results of this investigation show that the licit drug users that attended the services with more frequency, had a higher adherence, in relation to the illicit drug users, that appeared in the service more times during the year (66%), but less systematically, showing lower adherence to treatment.

A study investigating the factors that affect the beginning of the treatment in an outpatient service for chemical dependents showed that less illicit drug users returned to continue the treatment when compared to those who were alcohol users. (3)

Another study aiming at identifying the risk factors associated with treatment dropout in a program of detoxification for alcohol and other drugs users in Canada, showed that a significant predictor of abandoning the treatment was the preference to drugs in relation to alcohol among the users.(4)

Both show the difficulties the illicit drug users have to join the treatment.

It is known that many are the intervenient factors in the adherence and/or frequency to the treatment being that these extrinsic factor do not depend on the patient's will, and/or intrinsic that depends on the patient's will and/or mixed.(5) In this way, it is concluded that there is difficulty to link formation of the illicit drug users with the treatment and we believe that one among the countless factors that interfere in this result is the great demand of users guided by the therapeutic justice, a situation which is shown in this service, where the treatment becomes compulsory, a fact that only in itself does not contribute for the patient's adherence. Some studies have investigated the impact in the drug user treatment that violated the law and show that although judicial pressure can have some impact in the treatment restraint, it is not linked to positive results.(6)

In Brazil, only some information is about treatment adherence in licit and mainly illicit drug users is available, and of the reasons that interfere in their adherence, Yet, we believe that this study contributes for the diagnosis of the situation and that further studies must be carried out in order to know the specific characteristics of both the users and investigate the main factors that cause these users not to join the treatment satisfactorily so that the services may offer effective interventions that provide frequency and/or adherence among such a distinct group of patients.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1 - Surjan J, Pillon S, Laranjeira R. O que acontece com os pacientes dependentes de álcool e drogas que desaparecem das primeiras consultas? J. bras. psiquiatr. 2000 Ago; 49(8):271-5.
- 2 – Garcia MLT, Macieira MS. Adesão ao tratamento entre alcoolistas. Arq. Brás Psiq Neurol Méd Legal. 2003; 84:85:13-8.
- 3- Weisner C, Mertens J, Tam T, Moore C. Factors affecting the initiation of substance abuse treatment in managed care. Addiction. 2001 May; 96(5):705-16.
- 4- Callaghan RC. Risk factors associated with dropout and readmission among First Nations individuals admitted to na inpatient alcohol and drug detoxification program. CMAJ. 2003 Jul 8; 169(1):23-7.
- 5- Siqueira MM de, Garcia MLT, Souza RS de. O impacto das faltas às consultas em um programa de dependentes de álcool. J. bras. psiquiatr. 2005 abr.-jun; 54(2):114-119.
- 6- Brochu S, Cournoyer LG, Tremblay J, Bergeron J, Brunelle N, Landry M. Understanding treatment impact on drug-addicted offenders. Susbst Use Misuse; 2006; 41(14):1937-49.

AUTHOR/S:

Ray Jones (1), Laura Lindsey (1), Phil Brown (2), Caroline Dimond (3), Gill Lewendon (3), Louise Oates (2). (1) University of Plymouth, (2) Plymouth City Council, (3) Plymouth Primary Care Trust.

TITLE:

Evaluation of a free swimming programme for adolescents

TEXT:

BACKGROUND: Physical activity levels among all ages in England are either stable or declining [1]. Walking reduced from 260 miles per annum in 1975 to 180 miles in 2000 [2]. Amongst young people the proportion that regularly participate in any sport at school reduced from 85% in 1994 to 82% in 2002 [3]. Only a third in school years 10 and 11, declining from 36% in 1994 to 33% in 2002, received the recommended two hours of physical education at school [3]. The health benefits of physical activity are well established [4] but more information is needed to identify the most effective interventions for getting people physically active [5] and meeting recommended guidelines for physical activity participation [4].

An American meta analysis of 127 studies that examined the efficacy of interventions for increasing physical activity [6] and concluded that physical activity can be increased by intervention. However, no country in the UK had successfully 'solved' the problem of physical inactivity and more research was needed into the effectiveness of physical activity interventions [1]. Comparison of follow up exercise intervention studies with obese children and adolescents suggested that physical activity as a form of obesity intervention is successful in reducing body fat as well as encouraging sustainable long term benefits [7]. Physical activity interventions have been shown to have an immediate effect on the child's health, cognition and emotions as well as long term effects on improving adult health especially by reducing obesity [8]. Participation in physical activity and organised sports may improve adolescents' perceived satisfaction of life [9,10]. Physical activity has been associated with good mental health, especially in the area of self-esteem.

To develop a greater understanding of which interventions help people to meet the physical activity recommendations, the Department of Health, Sport England and the Countryside Agency commissioned ten Local Exercise Action Pilots (LEAP) in 2003 [11]. The aim was to find out "What were the most effective types of interventions for getting the general population, including people from priority groups to initiate and maintain regular moderate intensity physical activity, and to reduce the numbers of sedentary adults and children?" A summary of the ten pilots was published in 2007 [12]. The national evaluation was based on a short time frame April 2004 -December 2005 and various measures that were common across all ten sites. There was a high level of attrition in the national data collection. Participants who provided both baseline and intervention physical activity data accounted for only 10% of all participants who engaged in LEAP interventions. The authors of the national evaluation say 'Therefore there is a potential self selection bias. It is possible that those participants who completed LEAP interventions and who provided both baseline and intervention physical activity data differ from those participants who (i) dropped out, and/or (ii) did not provide data for the National Evaluation.'

Plymouth City Council, in collaboration with Plymouth NHS Primary Care Trust ran one of the ten interventions based on free swimming aiming to increase physical activity of 13-14 year olds, particularly those from areas of deprivation. A local evaluation, over two years, was carried out by the University of Plymouth. This paper reports on the evaluation of this free swimming intervention.

OBJECTIVES: To assess (a) if the exercise referral and recruitment process succeeded in targeting children from areas of deprivation, (b) participant and professional views, (c) uptake of free swimming and perceived activity levels, (d) any change in physical or psychological wellbeing.

METHODS: Free swimming was offered at three council-run and one commercially-run indoor pools and two council-run summer-only outdoor pools to English school 'year 9' adolescents (mainly 13-14 year olds) in particular, those living in areas of deprivation or with other identified needs including children at high risk of illness. Plymouth City Council appointed a coordinator (PB) to develop and implement the programme with an advisory steering group with representatives from City Council's Youth Service, Leisure Services, Sports Development Unit, Local Education Authority, Plymouth School Sport Partnership, Plymouth Primary School Heads Association, Plymouth Secondary School Heads Association, Amateur Swimming Association, Plymouth Sports Forum, Plymouth Primary Health Care Trust, Plymouth University, and Government Office South West. The intervention comprised recruitment, issue of a free pass, and provision of activities to attend, including public swimming, 'bring a friend for £1.00', and specialist sessions such as lifesaving classes. Two cohorts were recruited (2004 and 2005) by recruitment at schools or by referral from GPs and other professionals.

The evaluation study was approved by the Local NHS Research Ethics Committee. Eleven professionals (8 who had referred, 3 who had not) were interviewed and postal contact made with 9 others who had not referred). Four focus groups (2 with high attenders, 2 with low or no attenders) were held with a total of 22 potential participants during 2004. Frequency of swimming was recorded at the pools for all who used the programme pass. Participants completed a questionnaire on perceived activity levels and views of the programme, after one year. Participants also completed a self-assessment quality of life measure, the SF10 [13, 14], at registration and after one year. The SF10 is a generic child health survey which aims to provide an idea of a child's health status. The 10-item assessment gives a physical summary score and a psychosocial summary score.

FINDINGS: The scheme registered 1105 participants over two years; 76% were referred by schools. Self referral increased from 4% in the first year to 15% in the second. Only 14/1105 were health referrals. Two thirds lived in deprived areas. Professionals thought the programme had benefits such as getting adolescents more active, improving self esteem and 'keeping them off the streets'. Adolescents said it encouraged them to swim more and valued the social aspect, especially being able to take a friend. Some wanted the scheme extended for younger siblings. Further results are presented on 440 in the first cohort aged 12-15. Eight percent never swam. On average the cohort swam once per month. Questionnaires were returned by 316 (72%). Of these, at the end of the first year, 85% said they were using the pass, 67% that they were more active, and 35% felt more 'positive' about themselves. Three-quarters re-registered for the second year. However, SF10 scores showed significant declines in scores of physical and psychological wellbeing (45.6 to 42.3 ($p < 0.001$) and 46.6 to 44.4 ($p = 0.001$)). If analysis is restricted to those who swam 10 or more times in the year (top tertile), both scores still show a significant worsening.

DISCUSSION: the free swimming programme was valued by professionals seemed to be of benefit to participants and would be worth continuing but, so far, the City Council has not funded its continuation. The implication for health promotion practice is that a programme of free swimming can attract adolescents from deprived areas but that recruitment via schools is likely to be better than health professional referral. One of the most important features of the programme was the ability to take a friend; any future programme should make social networking a central feature of free swimming. A programme of free exercise that included some other sports would likely recruit and encourage participation amongst a wider group. A free swimming intervention is likely to result in improved exercise levels and esteem but further research is needed to explain conflicting results from different outcome measures.

The contrary evidence from the SF10 was unexplained and further research is needed. We had relatively little time before the start of the project to comprehensively review and select an appropriate measure of health amongst teenagers. The SF10 appeared to meet our needs being short, easy to administer and apparently well validated but we have been unable to identify any other published work using the SF-10.

BIBLIOGRAPHY:

1. Cavill N. Promoting physical activity: International and UK Experiences.: Cavill Associates, 2004.
2. Department of Transport. NTS Personal Travel factsheet London: Department of Transport, 2001.
3. Sport England. Young people and Sport in England 2002. London: Mori, 2002.
4. Department of Health. Choosing Health? A consultation on improving people's health. London, 2004.
5. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson RC, Heath GW, Howze EH, Powell KE, et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity - A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine* 2002;22(4):73-108.
6. Dishman RK, Buckworth J. Increasing physical activity: a quantitative synthesis. *Medicine And Science In Sports And Exercise* 1996;28(6):706-719.
7. Maziekas MT, LeMura LM, Stoddard NM, Kaercher S, Martucci T. Follow up exercise studies in paediatric obesity: implications for long term effectiveness. *British Journal Of Sports Medicine* 2003;37(5):425-429.
8. Baranowski T, Mendlein J, Resnicow K, Frank E, Cullen KW, Baranowski J. Physical activity and nutrition in children and youth: An overview of obesity prevention. 31:S1-S10. *Preventive Medicine* 2000;31:S1-S10.
9. Collingwood TR, Sunderlin J, Reynolds R, Kohl HW. Physical training as a substance abuse prevention intervention for youth. *Journal of Drug Education* 2000;30:435-451.
10. Valois RF, Zullig KJ, Huebner ES, Drane JW. Physical activity behaviors and perceived life satisfaction among public high school adolescents. *Journal of School Health* 2004;74:59-65.
11. Department of Health. Introduction to LEAP, 2007.
12. Carnegie Research Institute, Leeds Metropolitan University. The national evaluation of LEAP: Final report on the national evaluation of the Local Exercise Action Pilots, 2007.
13. Development of the SF-10 for Children™ Version 2: A Tool to Monitor Pediatric Health Outcomes (Abstract).
14. QualityMetric. SF-10™ for Children Health Survey 2005.

AUTOR/ES:

Ferreira, Margarida RS, Paúl, Constança

TÍTULO:

SMOKING IN ADOLESCENCE

TEXTO DEL TRABAJO:**1 – INTRODUCTION:**

Tobacco is generally the first drug consumed by children and adolescents (American Academy of Pediatrics, 2001). The smoking behavior begins usually in adolescence (WHO, 2005) and few people become smokers after 18 years-old (WHO, 2005; American Academy of Pediatrics, 2001). Adolescent smokers have higher tendency to be adult smokers.

Preventing measures for the beginning of tobacco consumption in childhood and adolescence are crucial (Fritz, 2000), as studies show that children and adolescents can rapidly become nicotine dependant after the beginning of tobacco use (American Academy of Pediatrics, 2001). However, of the adolescents who experiment tobacco, not all become dependant in the future.

Scientific evidence makes clear that smoking, either actively or passively, is harmful to health in any phase of the vital cycle. Tobacco consumption induces physical and psychological dependence in the majority of the consumers (Nunes, 2006) and it is responsible for approximately 5 million deaths every year, being the first cause of avoidable morbidity and mortality in the developed countries (Nunes, 2006). It is the major avoidable cause of death in the United States and in the whole world (Nunes, 2006), being responsible for more than 14% of all deaths in Europe (WHO, 1999).

Although the morbidity and mortality in adolescence, due to smoking, is low (Irwin, 2004), there are still some short term consequences to health of the tobacco use, as problems related to the respiratory system, nicotine addiction (American Academy of Pediatrics, 2001) and the risk of association of alcohol and other drugs (Dowdell, 2002; American Academy of Pediatrics, 2001).

Curiosity, conformity with the norms of peer group and social pressure, are the reasons that oftenly make the adolescent to try smoking, whereas the pleasure and addiction are the likely causes for the continuation of this habit (Sarason et al., 1992). The fact that the friends (Dowdell & Santucci, 2004; Fritz, 2000), parents (Fritz, 2000) and brothers smoke, represents a positive correlation with smoking habits of the adolescent (American Academy of Pediatrics, 2001; Fritz, 2000).

2 - AIM:

The main objectives of this work consist of identifying tobacco habits among high-school adolescents, thereby improving their health conditions as adolescents and future adults, by proposing nursing strategies that develop pro-health behaviours.

3 - 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.

4 - 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 age of the adolescents involved in our study ranges from 15 to 19 years and is on the average 16,6 years old (SD=1,031); 59,6% (n=405) are female and 40,4% (n=275) are male.

5 - FINDINGS:

At the moment they filled the questionnaire, 13,4% (n=91) smoke (12,1%, n=49, girls and 15,3%, n=42, boys), 57 adolescents had already tried to stop smoking, 44 (77,2%) of whose kept the habit.

The number of cigarettes that adolescents smoke per day varies between two (6,7%, n=6) and 25 (1,1%, n=1), making an average of 8,15 (SD=5,30).

The participants in this study started to smoke at a minimum age of 9, and maximum of 19, but on the average they started at 13,67 years old (SD=1,76).

In relation to the smoking habits of friends and relatives living with the adolescent, 35,7% (n=235) of the inquired say that their friends smoke and 48,2% (n=325) say that relatives who live with them smoke.

The adolescents enquired refer that they started to smoke because they "wanted to try", "due to the influence of their group of peers", "for reasons of style", "due to familiar problems", and "for fun". The reasons noted for the adolescents that unsuccessfully tried to stop smoking were "I couldn't resist" and "influence of their group of peers".

The majority (83,1%, n=74) of the smoking adolescents would like to quit the habit and reduce the number of cigarettes smoken per day (85,6%, n=77).

Application of the T student (t) and Chi-Square tests brings into evidence a highly significant statistical relationship between:

- Gender and age at which smoking started ($t(89)=-2,44$, $p=0,017$): Girls started earlier than boys;
- Coffee consumption and smoke habits (Chi-Square=69,36, $df=1$, $p=0,000$): the highest percentage of smokers is found among the teens who drink coffee.
- Smoking habits and alcohol consumption (Chi-Square=53,75, $df=1$, $p=0,000$): the percentage of adolescents that smoke and drink is higher than the percentage of those that do not smoke but drink.
- Smoking friends and smoking habits (Chi-Square=80,35, $df=1$, $p=0,000$): the highest percentage of smokers is found among the adolescents that have smoking friends.
- Smoking relatives and smoking habits (Chi-Square=10,15, $df=1$, $p=0,001$): the highest percentage of smokers is found among those that have smoking relatives.

6 - DISCUSSION:

The results obtained in our study are in accordance with those available from other works in this area, showing that the majority of the adolescents don't smoke (Leatherdale, 2008; Currie et al., 2004; Matos et al., 2003), and that there are no significant differences between genders in relation to the smoking habit (Matos et al., 2003).

The cease of the smoking habits in adolescence is hard and involves a lot of insuccess and setback (Irwin, 2004).

Curiosity (Sarason et al., 1992), compliance with the rules adopted by the group of peers (Dowdell & Santucci, 2004) and social pressure (Sarason et al., 1992) are the reasons that lead the adolescent to start, while pleasure and addiction are the most common causes for continuing to smoke (Sarason, et al., 1992).

The majority of the adolescents, despite the fact of diary smoking or not smoking, would like to quit smoking (Leatherdale, 2008).

In our study we verified that girls started to smoke significantly earlier than boys ($p=0,027$). There is no agreement between researchers about this fact since it depends on the country where the study has taken place. The WHO (WHO, 2005) reports that boys tend to initiate the consumption of tobacco earlier than girls.

The group of peers seems to be an important model to the tobacco consumption (Dowdell & Santucci, 2004), both for girls and boys ((Lambert et al., 2002), existing a correlation between having friends that smoke and the smoking behavior (Leatherdale, 2008). Other factors that reinforce the smoking tendency may be referred: smoking parents (Fritz, 2000) and smoking brothers (Fritz, 2000), are all associated to the development of smoking habits.

As well as other researchers (Smith et al., 2008; Dowdell, 2006; Lambert et al., 2002), we confirmed that there is a significant relation between smoking and alcohol consumption.

To tip the results obtained in our study, in relation with the tobacco consumption, we found to be relevant to develop education actions in health that prevent the tobacco use and promote the cease in those who already started its use. The idea is reinforced by the fact that tobacco is referred by some authors as the window to the consumption of other substances as alcohol and illegal drugs (Smith et al., 2008).

Nurses must therefore use all contacts with adolescents to perceive if this problem is present, and to recommend healthy living styles. As stated in (WHO, 2002, p.1), “preventing risk behaviors and promoting healthy attitudes among adolescents is likely to improve health conditions not only during adolescence, but also in adulthood.”

BIBLIOGRAFÍA:

- American Academy of Pediatrics. Committee on substance abuse tobacco's toll: implications for the pediatrician. *Pediatrics*.2001;107:794-98
- Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte,W, Samdal O, et al. Young people's health in context–HBSC study: international report from the 2001/2002 survey. Copenhagen:WHO. 2004
- Dowdell EB. Urban 7th graders and smoking: A health risk behavior assessment. *Comprehensive Ped Nurs*.2002;25:217-29
- Dowdell EB, Santucci ME. Health Risk Behavior Assessment: Nutrition, Weight, and Tobacco Use in One Urban Seventh-Grade Class. *Public Health Nurs*.2004;21:128-36
- Fritz DJ. Adolescent Smoking Cessation: How Effective Have We Been? *J Ped Nurs*. 2000;15:299-06
- Irwin CE. Tobacco use during adolescence and young adulthood: The battle is not over. *J Adolesc Health*.2004;35:169-71
- Lambert M, Hublet A, Verduyck P, Maes L, Broucke S. Report “Gender Differences in Smoking in Young People”. Brussels: Flemish Institute for Health Promotion.2002
- Leatherdale ST. What modifiable factors are associated with cessation intentions among smoking youth? *Addict Behav*.2008;33:217-23
- Matos MG, Eq do Proj Avent Social e Saúde. A saúde dos adolescentes portugueses (4 anos depois). *Relat português do estudo HBSC-2002*. Lisboa:FMH.2003.
- Nunes E. Consumo de tabaco: Efeitos na saúde. *Rev Portug de Clín Geral*.2006;225-44
- Sarason I, Mankowski E, Peterson A, Dinh K. Adolescents' reasons for smoking. *J School Health*.1992;62:185-90
- Smith AE, Cavallo DA, Dahl T, Wu R, George, TP, Krishnan-Sarin S. Effects of Acute Tobacco Abstinence in Adolescent Smokers Compared with Nonsmokers. *J Adolesc Health*. 2008;43:46-54
- WHO. *Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen:WHO.1999
- WHO. *Policies on Adolescent Health and Development a Guide for Policy-makers, Child and Adolescent Health and Development Focus*. Manila:WHO.2002
- WHO. *The European health report 2005 – Public health action for healthier children and populations* Copenhagen:WHO.2005

Mesa de comunicaciones 4 / Concurrent session 4: Using evidence in practice

AUTHOR/S:

Ubbink DT, Meents N, Vermeulen H.

TITLE:

Overcoming barriers to adhere to the preoperative fasting guideline

TEXT:**Objectives**

In 1999 the American Society of Anaesthesiologists recommended to replace the traditional NPO (nil per os, Latin for "nothing by mouth") by midnight policy by a more liberal approach. Their guideline permits unrestricted clear fluid intake up to two hours, breast-feeding up to four hours, and a light meal up to six hours before surgery.

At present, however, patients still seem to be subjected to prolonged fasts due to variations in fasting practices. Apparently, barriers still exist as to the implementation of this guideline on surgical wards. We therefore aimed to identify these barriers leading to non-compliance to the guideline and to generate recommendations to improve adherence.

Methods

We assessed the extent of variation in preoperative fasting practices among 25 anaesthetists, 44 surgeons, and 124 nurses of the five paediatric and general surgery wards of a large university hospital, by means of questionnaires about the fasting policies of these health care professionals. In addition, 100 adult patients, 10 children, and 10 parents of infants were interviewed about the fasting procedure they followed.

Findings

Adults and paediatric surgical patients fasted 3 to 4 times longer than advised by the guideline. Prolonged fasting times resulted in patient discomfort (thirst and hunger) in 50% of the adult patients. Contrary to other patients, infants did fast according to the guideline. Of the nurses, only 27% adhered to the guideline, which was significantly lower than among anaesthesiologists or surgeons (57%). Most patients, however, stated to have received their instructions on preoperative fasting from these nurses.

Rescheduling of surgical procedures was the barrier most commonly mentioned to using the guideline, but this occurred in only 6% of the surgical procedures. Nurses depended on the instructions by the surgeons or anaesthetists, who tended to remain "on the safe side" regarding the fasting period. Factors mentioned as facilitating the use of the guideline were clinical lessons, posters, and a 'guideline form' in the nursing dossier.

Discussion

The variation in fasting practices on surgical wards leads to prolonged fasting times, which is unnecessary and uncomfortable to patients. Because patients mainly remember the nurses' fasting instructions, nurses should be pivotal in reducing preoperative fasting times. Hence, nurses are to become as familiar with the guideline as infants' nurses.

In our hospital a multidisciplinary discussion on our findings has led to the policy that nurses are now responsible to communicate the correct preoperative fasting instruction to the patients.

BIBLIOGRAPHY:

Dirk T. Ubbink (MD, PhD) is a research physician and clinical epidemiologist working for the departments of Quality Assurance & Process Innovation and Surgery of the Academic Medical Centre, Amsterdam, The Netherlands. Currently, he is programme leader of the section 'Evidence-base practice and guideline implementation'.

He is involved in the support, teaching, and implementation of evidence-based practice and guidelines in general, and coordinates and conducts research focusing on the improvement of patient health care, in particular the perioperative and local wound care.

Distinguishing publications are:

1. Ubbink DT, Westerbos SJ, Nelson EA, Vermeulen H. A systematic review of topical negative pressure therapy for acute and chronic wounds. *Br J Surg.* 2008;95(6):685-92.
2. Ubbink DT, Vermeulen H, van Hattem J. Comparison of homecare costs of local wound care in surgical patients randomized between occlusive and gauze dressings. *J Clin Nurs.* 2008 Mar;17(5):593-601.
3. Vermeulen H, van Hattem JM, Storm-Versloot MN, Ubbink DT. Topical silver for treating infected wounds. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007; Issue 1.
4. Segers P, Speekenbrink RG, Ubbink DT, van Ogtrop ML, de Mol BA. Prevention of nosocomial infection in cardiac surgery by decontamination of the nasopharynx and oropharynx with chlorhexidine gluconate: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2006;296(20):2460-6.
5. Vermeulen H, Storm-Versloot MN, Busch OR, Ubbink DT. Nasogastric intubation after abdominal surgery: a meta-analysis of recent literature. *Arch Surg.* 2006;141(3):307-14.
5. Ubbink DT, Legemate DA. Evidence-based surgery. *Br J Surg.* 2004;91(9):1091-2.

Mesa de comunicaciones 5 / Concurrent session 5: Diabetes

AUTHOR/S:

Pilar Isla Pera

Dra. en Enfermería.Grupo GRIQ. Unitat de Salut Pública. EUE. Universitat de Barcelona.

TITLE:

Calidad asistencial en diabetes percibida por el enfermo

TEXT:

Introducción: La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica que exige, además del tratamiento farmacológico, una vida óptima y saludable que requiere cambios en los patrones culturales. El control que el paciente realiza diariamente es más efectivo que el control esporádico que puedan realizar los profesionales sanitarios pero estos siguen siendo los responsables de controlar el curso de la enfermedad y las posibles complicaciones, de educar al paciente y a la familia, de supervisar el trabajo y de proporcionar asesoramiento y apoyo. La pertinencia de una perspectiva de análisis cualitativa en este estudio se justifica por la posibilidad de facilitar un abordaje más abierto y multidimensional con el objeto de conocer la opinión de las personas con DM respecto de la calidad asistencial que reciben así como la valoración subjetiva de los resultados de las intervenciones sanitarias. Los estudios cualitativos permiten adentrarse en el mundo de las emociones, los sentimientos y las experiencias cotidianas y facilitan la reflexión sobre el papel social de la práctica de los profesionales sanitarios y sobre el impacto de las intervenciones sanitarias en los pacientes, en la familia y en el ámbito social y cultural de las personas implicadas.

Método: Estudio cualitativo evaluativo. Los informantes fueron 40 personas adultas con DM atendidos en la sanidad pública de Barcelona y provincia. Se realizaron 32 entrevistas semiestructuradas individuales y 2 grupos focales de 4 personas cada uno. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 30 minutos y los grupos focales de 1,5 horas y 45 minutos. Tanto las entrevistas como los grupos focales se grabaron en cinta magnetofónica previo consentimiento de los informantes y posteriormente se transcribieron literalmente. La opción por la entrevista o por el grupo focal estuvo determinada por la facilidad del acceso a los informantes. En el caso de la entrevista resultó más fácil abordar individualmente a los enfermos mientras que el grupo focal se utilizó en pacientes con diabetes tipo 1 (DM1) que ya se conocían y habían recibido o estaban recibiendo educación grupal. Las entrevistas fueron abiertas respetando en cada caso el ritmo y los puntos priorizados por los entrevistados aunque se contaba con un guión estructurado de 6 puntos. El tipo y tamaño de la muestra fue de tipo teórico empleándose criterios de saturación. Se incluyeron todos los grupos representativos de personas con DM (hombres, mujeres, con DM1 y DM2, en tratamiento con antiabéticos orales (ADOS), con insulina o con bomba de infusión continua de insulina (BICI), de diferentes edades y de diferente nivel de atención y de centro). También se recogieron como variables complementarias la edad, el sexo, el tipo de DM, el tratamiento, la presencia de complicaciones agudas o crónicas y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de DM. Se realizó un análisis del contenido temático desde la perspectiva teórico metodológica de la fenomenología y un análisis descriptivo de las variables complementarias mediante el programa informático SPSS v. 15.0.

Resultados: Los informantes fueron 18 hombres y 22 mujeres; edad media de 54,2 años +/- 17,5; rango 20 – 82. 14 pacientes (35%) tenían DM1 y 26 pacientes (65%) tenían DM2. El 47.5% se trataba con antidiabéticos orales (ADOS), el 2,5% con terapia combinada de ADOS más insulina, el 40% con insulina y el 10% con BICI. El tiempo medio desde el diagnóstico era de 9,88 +/- 7,8 años con un rango de 6 meses a 30 años. El 70% afirma tener hipoglucemias, el 20% retinopatía, el 5% nefropatía y el 2,5% pie diabético. En el estudio cualitativo se construyeron tres categorías: Experiencia de enfermedad, relación profesional y usuario y recursos e infraestructura de los servicios.

Experiencia de enfermedad: Los enfermos representan la DM como una enfermedad que genera un cambio de vida, que exige esfuerzo y sacrificio y que es difícil de controlar. Algunos pacientes confiesan abiertamente que no siguen las recomendaciones pero la mayoría afirman que intentan controlar la glucemia buscando un equilibrio entre los requerimientos médicos exigidos y el mantenimiento de un estilo de vida que no implique un sacrificio excesivo ni cree diferencias

notables con su grupo de referencia. Todos afirman hacer transgresiones puntuales porque “es la única forma de tener una vida lo más normal posible cuando sales con amigos, vas de viaje o celebras alguna cosa y, algunas veces, para darte un capricho”. Al igual que en otros estudios, se observa que para referirse a la DM2 tratada con ADOS, se utiliza el concepto popular de “azúcar” mientras que para referirse a la DM1 o a la DM2 tratada con insulina, se utiliza la taxonomía de diabetes, lo que indica una percepción mayor de gravedad y de complejidad. “Al principio no me afectó porque sólo tenía azúcar, pero cuando empecé con la diabetes y me tuve que poner insulina, me preocupé mucho e iba muy perdido” (Hombre de 71 años con DM2, diagnosticado hace 3 años). Para los enfermos, la dieta es uno de los aspectos más difíciles de cumplir. Se destaca como una fuente de conflicto por las dificultades de modificar los hábitos, adaptarse al entorno sociocultural y por las dificultades económicas. “Yo encuentro que la dieta que tenemos que hacer es diferente y además es cara. Cuando salgo con amigos, yo no puedo pedir un plato grande de pasta y nada más, como hacen ellos” (Mujer de 20 años con DM1 de 11 años de evolución). La complicación que genera más temor en ambos tipos de diabetes es la hipoglucemia. Algunos pacientes afirman que el miedo a la hipoglucemia les impide dormir tranquilos, trabajar con normalidad, conducir o salir con los amigos. El temor a las complicaciones crónicas aparece sólo en las narrativas de las personas con DM1 y se refieren casi exclusivamente a la retinopatía. A pesar de que la DM no tiene un estigma visible, muchos enfermos se sienten amenazados porque creen que sus posibilidades de inserción en el mundo sociolaboral están limitadas por su condición de personas diabéticas. “Si dices que tienes una diabetes, en muchos procesos de selección te quedas fuera” (Hombre de 39 años con DM1 de 27 años de evolución). Los enfermos tratados con BICI creen que la bomba proporciona seguridad y puede mejorar el control pero, también la representan como un objeto extraño que se adhiere a la persona, que es molesta porque pesa, se cae, es incomoda para dormir, para bañarse, para el trabajo y para las actividades de ocio. La bomba les recuerda en todo momento su condición de diabético y su dependencia de la insulina. La mayoría de pacientes con DM1 manifiesta miedo a transmitir la enfermedad a su descendencia. En esta concepción etiológica subyace la idea de fatalidad ya que la enfermedad está enraizada en su linaje y se transmite por la sangre de la familia.

Relación profesional y usuario: Los enfermos que siguen control en la Atención Primaria de Salud (APS), están satisfechos con los profesionales sanitarios (PS) pero esto no impide que la mayoría esté descontento con la atención médica recibida. Se quejan del enfoque biomédico, del tiempo de espera, de la duración de las visitas, y del cambio frecuente de médicos. “El médico siempre tiene prisa. Te dice lo que has de tomar, como está la glucemia y si te tienes que hacer alguna prueba y después te envía a la enfermera para que ella te dé las explicaciones” (Hombre de 54 años con DM2 diagnosticada hace 11 años). La mayoría de pacientes afirma que la enfermera de APS proporciona mucha información pero algunos señalan que esta información es excesiva y rápida y ajena a los intereses de la persona. “La enfermera siempre me dice que tengo que mirarme los pies pero yo no sé que relación puede haber entre la glucemia en la sangre y los pies” (Hombre de 71 años con DM2 diagnosticada hace 3 años). Los enfermos que siguen control en unidades hospitalarias especializadas están satisfechos con la atención que reciben de los PS. Reconocen que cuando tienen algún problema físico pueden contactar y son atendidos rápidamente pero, al igual que sucede en la APS, perciben que el médico se interesa por la glucemia y por las complicaciones y proporciona poca información. Otro motivo de queja es la percepción de que los médicos siguen “el manual del libro” y culpabilizan a los pacientes de las alteraciones en el control sin pararse a pensar en las causas que los originan y sin tener en cuenta la individualidad física, psicológica y social de cada persona. Los profesionales mejor valorados son las enfermeras educadoras que trabajan en unidades especializadas hospitalarias. Aunque el médico sea el referente para la enfermedad, la enfermera educadora es la persona buscada para comentar o buscar ayuda ante las dudas y las situaciones personales, psicológicas o sociales. Un problema percibido respecto a la educación terapéutica es que no tiene continuidad. Aunque las enfermeras proporcionan conocimientos y habilidades básicas para el autocuidado, siempre surgen dudas porque hay cosas que no se explican, otras veces es el metabolismo que reacciona de una forma diferente y hay situaciones que no se pueden prever.

Recursos e infraestructura de servicios: Las críticas más generalizadas y más fundamentadas en

experiencias cotidianas se relacionan con la dispensación de material, con la programación de las visitas y pruebas complementarias y con los circuitos burocráticos. Los pacientes con DM2 se quejan de la restricción de tiras para control de la glucemia, del tiempo de espera para la realización de algunas pruebas y de la falta de cobertura de las lancetas, del podólogo y del odontólogo. Los enfermos con DM1 interpretan el tener que ir a la APS para la dispensación de material como un circuito innecesario que aumenta su vulnerabilidad social porque requiere dedicarle tiempo en horario laboral y les obliga a gestiones burocráticas con profesionales y administrativos ajenos a su problema y desconocedores del mismo. También consideran que el número de las visitas y controles que realizan es menor que las recomendadas por las sociedades científicas y lo relacionan con la presión asistencial que impide programar la visita según el criterio médico. "El médico te pide visita para dentro de seis meses pero no hay. Te dicen: Eso es lo que hay y te la dan para dentro de nueve meses". (Enfermo de 36 años con DM1 de 17 años de evolución). Las principales demandas que harían a los PS son empatía, respeto y que no transmitan a la sociedad una información catastrófica sobre la DM porque eso les perjudica social y laboralmente. A los gestores les pedirían que aumentaran el número de PS, que les proporcionaran el material necesario haciendo un control individualizado sobre las necesidades y sobre su uso y que potenciaran la investigación para curar la diabetes o para mejorar los tratamientos y la calidad de vida de las personas afectadas.

Discusión: La perspectiva de los enfermos evidencia la divergencia entre la oferta de servicios y sus necesidades. En las narrativas se puede observar el valor que los enfermos otorgan a la relación personal con los PS. Las demandas relativas a la escucha, el respeto y la confianza son numerosas y las relacionan directamente con la calidad asistencial. Los pacientes reconocen que el control de la enfermedad es un largo proceso en el que se precisa asesoramiento y acompañamiento de los PS pero más dirigido a los cuidados que a la curación. Por este motivo, la mayor parte de los profesionales de enfermería están mejor valorados que los profesionales médicos puesto que la relación es más igualitaria, tienden a centrarse en las necesidades biológicas, psicológicas y sociales y son cuidadoras. En las enfermedades crónicas el profesional sanitario debería ser identificado como educador y no como curador, y como colaborador y no como salvador.

BIBLIOGRAPHY:

Isla Pera P. Los procesos asistenciales en las personas transplantadas. El caso del trasplante de riñón y páncreas. (Tesis Doctoral). Universidad de Alicante; 2006

Goffman, E. Estigma. La Identidad Deteriorada (8 ed). Buenos Aires: Amorrortu editores. 2001. p. 45-55

Boltanski L. As Classes sociais e o corpo (3ª ed.). Rio de Janeiro: Graal. 1989

Murphy E, Kinmonth AL. No symptoms, no problem?. Patients' understandings of non-insulin dependent diabetes. Fam Pract 1995;12:184-92

Mercado FJ, Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano. Guadalajara (México): Universidad de Guadalajara; 1996.

Garro, L. Narrative representations of chronic illness experience: cultural models of illness, mind, and body in stories concerning the temporomandibular joint. Soc Sci Med 1994; 38 (6): 775-788

Guereiro Vieira da Silva D. Narrativas do viver com diabetes mellitus: Experiências pessoais e culturais. Série Teses em Enfermagem nº 27. Trindade. Florianópolis: UFSC/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. 2001

Torres López M. Sangre y Azúcar: Representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México (tesis doctoral). Tarragona: Universitat Rovira i Virgili. 1999: 50-51

Cohen Marlene Z., Tripp T., Smith C., Soforoman B., Lively S. Explanatory models of diabetes: patient practitioner variation. Social Science & Medicine 1994; 38(1):59-66

Isla Pera P, Moncho Vasallo J, Guasch Andreu O, Torras Rabasa A. Proceso de adaptación a la diabetes mellitus tipo 1 (DM1). Concordancia con las etapas del proceso de duelo descrito por Kübler-Ross. Endocrinol Nutr. 2008; 55(2): 78-83

Bolaños E, Sarria-Santamera A. Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria; un estudio cualitativo. Aten Primaria 2003; 32(4):195-202

Wallerstein N, Bernstein E. Empowerment education: Freire' ideas adapted to health education. Health educ Q 1988; 15:379-

AUTOR/ES:

José María Ponce González. Antonio Velázquez Salas. Enrique Márquez Crespo. Luís López Rodríguez. M^a Luz Bellido Moreno. Beatriz Bohórquez Jiménez
Centro de Salud Alcalá de Guadaíra D. Paulino García Donas. D.S.A.P. Sevilla Sur

TÍTULO:

INFLUENCIA DEL APOYO SOCIAL EN EL CONTROL DE LA DIABETES

TEXTO DEL TRABAJO:**INTRODUCCION**

La diabetes mellitus (DM) constituye un problema personal y de salud pública de enormes proporciones, siendo una de las principales causas de invalidez y muerte prematura en la mayoría de los países desarrollados y es motivo de un importante deterioro en la calidad de vida de las personas afectadas.

Entre las estrategias que la persona con diabetes lleva a cabo para vivir con la enfermedad, se encuentra la búsqueda de ayuda y apoyo no sólo de los sanitarios, sino también y de forma destacada, de las personas de su red social, sobre todo de su familia. Se considera que ese apoyo es capaz de compensar el efecto del estrés originado por la enfermedad.

El apoyo social se define como un proceso interactivo en el que la persona obtiene ayuda emocional, instrumental y afectiva de la red social en la que se encuentra inmerso.

El apoyo social es un factor que tiene un efecto protector sobre múltiples parámetros relacionados con la salud. El mecanismo de acción del apoyo social sobre la salud no se conoce con certeza, aunque existen dos hipótesis: por un lado, la teoría del efecto tampón, donde la influencia del apoyo social estaría determinada por su papel modulador sobre las situaciones adversas que generan estrés en el individuo; la otra teoría considera que el apoyo social es un agente causal directo de las enfermedades.

En relación a las situaciones adversas que generan estrés en el individuo y familia, hay que decir que su causa puede ser ambiental, psíquica o social y que estos factores alcanzan la categoría de acontecimientos vitales estresantes (AVE) cuando son percibidos como negativos o no deseados y cuando se acompañan de un cambio vital. Estas situaciones estresantes son un obstáculo para llevar a cabo un régimen terapéutico. El apoyo social y familiar constituye un factor determinante en las conductas de adherencia a los tratamientos para la diabetes. El apoyo social constituye un medio efectivo en su vertiente instrumental, para facilitar el cumplimiento del tratamiento, o también se considera capaz de amortiguar los efectos del estrés que supone la diabetes y su tratamiento.

OBJETIVOS**GENERAL**

Determinar si existe asociación entre el apoyo social que perciben los diabéticos atendidos en consulta de enfermería de Atención Primaria de Salud y el control metabólico (valores de la hemoglobina glicosilada - HbA1c -)

ESPECIFICOS

- 1.-Describir el apoyo social y medir la red social con que cuentan los diabéticos atendidos en consulta de enfermería de Atención Primaria de Salud.
- 2.-Medir los acontecimientos vitales estresantes (AVE) en los mismos
- 3.-Describir las variables sociodemográficas y clínicas de estos pacientes
- 4.-Comparar el apoyo social percibido, la red social y los AVE entre los diabéticos mal controlados y bien controlados

METODOLOGIA

Estudio Descriptivo Transversal

ÁMBITO DE ESTUDIO: El presente proyecto se llevó a cabo en el ámbito de la Atención Primaria, en siete centros de salud de la provincia de Sevilla: dos urbanos del distrito Sevilla, dos rurales del distrito Sevilla Sur y tres mixtos, del cinturón industrial del mismo distrito Sevilla Sur.

SUJETOS DE ESTUDIO: Población de Estudio: Diabéticos tipo 2, incluidos en el Programa de Control y Seguimiento a Pacientes Crónicos en Atención Primaria (Crónicos de Enfermería) de los centros antes descritos. Muestra: Muestreo Sistemático con arranque Aleatorio. Se seleccionaron los individuos que por azar acuden a la Consulta de Enfermería de su C de S en una fecha determinada (muestreo consecutivo). Para abarcar un extracto de población lo más general y representativo posible, se seleccionarán aproximadamente 500 individuos de nuestra población de estudio para un error alfa del 5% y error beta del 20% con un Intervalo de confianza del 95%.

VARIABLES

- Sociodemográficas: Edad, Sexo, Estado Civil, Convivientes domicilio.
- Clínicas: Tratamiento DM, Años de evolución de la DM, Índice de Masa Corporal (IMC), HTA, Dislipemia, Manejo Inefectivo del régimen terapéutico (M.I.R.T) y/o Incumplimiento del tratamiento (DdE NANDA),
- Dependiente: Cifra de HBA1C
- Independientes: Acontecimientos Vitales Estresantes, Red social (nº de contactos sociales) y Percepción apoyo social: apoyo global, emocional, instrumental y afectivo

INSTRUMENTOS

- Acontecimientos Vitales Estresantes: Se utilizó la escala de evaluación de reajuste social, publicado por Holmes y Rahe. La escala consta de 43 ítems organizados de mayor a menor. Cada episodio tiene una puntuación denominada unidad de cambio vital (LCU), que va de 100 en los acontecimientos más graves (muerte del cónyuge) a 11 (leves transgresiones de la ley).
- Red social: A través del 1º ítem del Cuestionario MOS la persona identificará el nº de contactos sociales con los que cuenta.
- Percepción apoyo social: Se usó el Cuestionario MOS (Grupo de Estudio para analizar diferentes estilos de práctica médica de la atención primaria), realizado en EEUU en 1991 y validado recientemente por De la Revilla en nuestro medio. Permite valorar aspectos cuantitativos (tamaño de la red social) y cualitativos (dimensiones del apoyo social: emocional, instrumental, afectivo y de interacción social positiva) y su uso nos permitirá descubrir situaciones de riesgo social elevado para poder intervenir sobre las personas y sus entornos sociales.

ANÁLISIS DE LOS DATOS: Primero determinación de medias y desviaciones típicas para variables numéricas y tablas de frecuencia y porcentajes para las no numéricas mediante SPSS y posteriormente Test de Chi-cuadrado para estudiar la relación de variables cualitativas y Test t-Student para la relación de variables numéricas.

RESULTADOS

La población estudiada (N=246) mayoritariamente son mujeres (55.7%), casados (66.3%), que acuden a CE acompañados (42.7%) por su pareja (60.4%) o hijos (29.2%). El 69.8% tratan su diabetes con dieta + ADO. Tienen asociada HTA (72.7%) y dislipemia (53.7%).

El 24.2% presenta manejo inefectivo del régimen terapéutico y el 12.7% incumplimiento del tratamiento. Sólo el 11.8 % presenta alto impacto de AVE

El 88.6% perciben buen apoyo social y el 11.4% malo. Perciben buen Apoyo Emocional el 82.9%, Afectivo el 85.5% e Instrumental el 88.6%

La comparación de medias de HbA1c con Percepción de Apoyo Social no muestra diferencias estadísticamente significativas.

Sin embargo en un primer corte con los primeros 62 pacientes estudiados se apreciaba diferencias estadísticamente significativas de 1 punto en las cifra media de HBA1C con un IC 95% (0.2 – 1.75) $p=0.01$ y tras someter a regresión logística multivariante a la percepción de apoyo social (MOS) se obtuvo un modelo que representa asociación significativa de HBA1C ($p=0.02$ y $OR=2.3$) e IMC ($p=0.04$ y $OR= 1.15$) de forma que se puede afirmar que ante la presencia de mal apoyo social existe un riesgo de aumento de 2.3 veces más la HbA1c y de 1.15 veces más el IMC frente al buen apoyo social.

En la población de estudio se aprecia que el manejo efectivo del régimen terapéutico (M.E.R.T.) disminuye las cifras de HBA1C en 0,4 mg/dl con un IC 95%(0,02-0,8), de forma que se puede afirmar que a igualdad de tratamiento, pasar de M.I.R.T. a M.E.R.T. mejora la HBA1c en 0,5 mg/dl con el IC 95% antes reseñado.

DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA:

La única diferencia que hemos encontrado entre los pacientes del primer corte y el resto de pacientes del estudio es el grado de confianza que tienen con su enfermera, basado en los años de relación profesional. El cuestionario MOS contiene preguntas del ámbito afectivo y emocional que requiere de un clima favorecedor para que las respuestas del paciente sean fiables y este clima lo puede crear el tiempo de relación profesional. En términos de eficacia el cuestionario es válido, pero en términos de efectividad ocurre lo mencionado anteriormente.

Los resultados de este estudio permitirá a investigadores que utilicen este instrumento (MOS) controlar el sesgo antes mencionado.

AGRADECIMIENTOS

A todos los enfermeros de los centros de salud colaboradores y en especial a aquellos que han participado activamente en la recogida de registros de este estudio:

-Bermejales y Ronda Histórica del DSAP Sevilla
-San Hilario y Doña Mercedes de Dos Hermanas, Don Paulino García Donas de Alcalá de Guadaíra, Arahal y Las Cabezas de San Juan del DSAP Sevilla Sur

BIBLIOGRAFÍA:

- Lafuente Robles N et al. Guía de atención enfermera a personas con diabetes. Granada. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria; 2003.
- Menéndez Villalva C, Montes Martínez A, Gamarra Mondelo T, Núñez Losada C, Alonso Fachado A, Bujan Garmendia S. Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial. Atención Primaria 2003; 31(8):506-13
- De la Revilla Ahumada L, Luna del Castillo J, Bailón Muñoz E, Medina Moruno I. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. Medicina de Familia (And) 2005; 1: 10-18
- De la Revilla L, Fleitas L. El apoyo social y la atención primaria de salud. Atención Primaria 1991; 8:664-6
- Menéndez Villalva C, Montes Martínez A, Núñez Losada C, Gamarra Mondelo T, Bujan Garmendia S. Estrés ambiental y reactividad cardiovascular: la influencia de los acontecimientos vitales estresantes en pacientes hipertensos. Atención Primaria 2002; 30(10):631-37
- Heredia Galán, MV. ¿Qué influye en la adherencia al tratamiento de la diabetes? Rev ROL Enferm. 2004 ; 27(1): 52-54.
- De la Revilla L, Espinosa Almendro JM. La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. Aten Primaria 2003; 31: 587-591
- Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. Am J Epidemiol. 1979; 109 (2): 186-204
- Jamison RN, Virts KL. The influence of family support on chronic pain. Behav Res Ther 1990;28:283-87
- Griffith LS, Field Bj, Lustman PJ. Life stress and social support in diabetes: association with glycemic control. Int J Psychiatry Med 1990;20:365-72
- van Dam HA, van der Horst FG, Knoop L, Ryckman RM, Crebolder HF, van den Borne BH. Social support in diabetes: a systematic review of controlled intervention studies. Patient Education and Counseling 2005;59(1):1-12.

Sesión plenaria / Plenary Session:

Cuidados de salud basados en la evidencia y necesidades individuales de los pacientes Evidence based health care is in conflict with meeting the individual needs of patients

Session

"Evidence-Based Healthcare is in conflict with meeting the individual needs of the patient"

Keynote Address

"Conflicts in Teaching Evidence Based Healthcare"

Prior to moving to my topic of the "conflicts in teaching evidence based healthcare" I would like to interrogate the very topic itself. After all an address on 'the conflicts in teaching evidence based healthcare' assumes *a priori* that such teaching is possible and somehow a tangible goal or outcome is to be reached if we all teach well enough and overcome the conflicts. But the debate which continues to swirl around the notion of evidence based healthcare questions such certainties.

Is evidence based healthcare possible and and if so is it teachable? Is it about facts or is about concepts? Is it taught didactically or is it taught by example – that is experientially? And more importantly who is involved in this dialogue?

The reality of healthcare practices today, the multimedia explosion of evidence and information globally and the debate around whether evidence based healthcare is about facts or a concept and a culture are just a few of the issues, which are part of that debate. And in today's world of changing and replaceable knowledge, evidence based healthcare is somewhat of a moving target. ^{xxiii}⁶.

Facts today may not be facts next week as many case studies attest to. As Liu and Stewart ⁷write "sometimes previously accepted treatments are found to be ineffective or even harmful" Hormonal Replacement Treatment (HRT) is a good example of this. Once thought to be a panacea for post menopausal women it has now been shown to increase the risk of stroke and its use had rapidly declined in some groups. A Canadian friend of mine who is also a nurse rang me from British Columbia recently. She was having a nasal septal defect surgically corrected after years of avoiding it. When she was first advised to have the operation a few years ago, it meant a week or more in hospital to watch for bleeding and to remain prone. Then the packing would be gradually removed by the specialist and once more she would be observed for bleeding. Today it is day only surgery and she is to remove the packing herself at home in a few days. Quite a dramatic shift which begs the question 'was it ever evidence based?'

Given our ever evolving world of facts, a world in which 7% facts are redundant every year, teaching the factual side of evidence based healthcare would be like pouring sugar through a sieve. It certainly questions the notion of didactic teaching of facts at any level of learning and gives credibility to the somewhat worn out rhetoric of 'life long learning'.

Of course teaching the concept and process of using evidence as a base for practice and the big picture of a total system based on up to date research has undeniable merits. If not a scientific base then what should healthcare be built on? The question really is about what we define as scientific in our postmodern world of blurred boundaries and uncertain environments. As Bujak and Lister assert "while EBM offers enormous power when goals are undeniable and technical perfection theoretically

⁶ Enos G A Evidence –based practice : keep aiming at the target. (Letter from the Editor). *Behavioural Healthcare Tomorrow*. 12.1(Feb 2003): 4(1).

⁷ Liu J.C, Stewart M G. Teaching Evidence-Based Medicine in Otolaryngology. *Otolaryngological Clinics of North America*. Vol 40: Issue 6 (December 2007)p.1

possible (such as preventing DVT) situations attended by ambiguity and conflicting choices require a different set of provider skills”⁸

An example here would be palliative care where individual choice not only determines the healthcare journey but also can make a major difference in terms of the treatments used. While evidence is available in terms of treatments such as optimal pain relief regimes, individual choice often plays a significant part in treatment decisions when caring for those living with a terminal illness. And as individuals become more health literate, they expect a greater say in the way in which their care is managed. Already doctors are faced with patients presenting with the latest evidence of a trial which they have pulled off the Internet and even demanding ‘one of those’.

While still held up as the gold standard of evidence the days of randomised controlled trials are under threat from a number of forces. Paradigmatic stances which question the ability to be totally objective and which identify research as having a social purpose have expanded the meaning and application of science. An all embracing definition of evidence takes into account the patient’s needs and wants, the professional’s know how or clinical wisdom and the context in which the care is taking place. Through research we also know that much of healthcare in day to day practices is not necessarily based on the latest scientific study but rather on fashion, tradition, culture and even prejudice. It can even be based on out of date information which is applied inappropriately.

Bujak and Lister⁹ in questioning the rigid application of evidence based medicine by zealots of the movement have articulated four boundaries which serve to define the current limits of evidence based medicine. They are;

- Inherently conflicting goals
- Advancing clinical medicine
- Appropriately individualising care
- Maintaining the doctor’s presence

As one of the authors state “ Our plea is for an EBM humble enough to forestall prescriptive care when wisdom- intuitive wisdom suggests that the patient’s immediate need is not ‘process constancy’ but to be heard and treated individually”¹⁰

Our major challenge to the teaching of evidence based healthcare may be the reality of healthcare practice and whether this matches the rhetoric of the classroom. Or do we graduate students who are confronted with cognitive dissonance as they enter a system which either does not support evidence based practice or negates the very foundations on which it is built?

Certainly the studies which have been carried out on research utilisation have shown that the “uptake of research findings in routine healthcare is an unpredictable process with haphazard outcomes”¹¹. Three main elements influence research implementation in the practice arena according to the team who developed the PARIHS framework¹². These are the nature of the evidence, the ability of the context to cope with change and the facilitation needed to ensure successful change. These three attributes are indeed major challenges to today’s world of healthcare and therefore the teaching of how to work in it.

Utilising the PARIHS framework in 2007, Carole Eastbrooks and her team followed on from this to focus on the influence of organisational characteristics on research utilisation¹³. They found that three hospital characteristics influenced the use of research by nurses, albeit indirectly. These characteristics were a responsive or resonant administration, which is how well administration listens to and responds to staff concerns; relational capital (which is about how well clinicians work together); and hospital size. Once again it was obvious that the practice environment and culture mattered when it came to research utilisation.

⁸ Bujak JS & Lister E Is the science of medicine trumping the art of medicine ? *Physician Executive* 32.5 (Sept-Oct 2006) p.18 (4).

⁹ Ibid

¹⁰ Bujak JS & Lister E Is the science of medicine trumping the art of medicine? *Physician Executive* 32.5. Sept-Oct 2006 p.5

¹¹ Bero et al 1998; Grol 2001; Thomas et al 1998; Wallin et al 2000 cited in Cummings GG et al . Influence of Organisational Characteristics and Context on Research Utilisation. *Nursing Research* July/August Vol 56 . No 4S ,S24.

¹² Kitson et al .,1998; Rycroft-Malone et al 2002 cited Cummings GG et al, Influence of Organisational Characteristics and Context on Research Utilisation. *Nursing Research*. July/August 2007. Vol 56. No 4S, S24-39

¹³ Cummings GG.,Eastbrooks et al, Influence of Organisational Characteristics and Context on Research Utilisation. *Nursing Research*. July/August 2007. Vol 56. No 4S, S24-39

Interestingly however at the very time we are emphasising the importance of utilising evidence within the practice arena, healthcare has increased in complexity with the sophistication of technology and drug therapies, older and often frailer patients with acute on chronic conditions, the challenge of dual diagnosis, patient and family education and therapeutic monitoring in the home to name but a few challenges. And to add to this melting pot of a changed milieu, our workforce profile, chameleon like, has changed. Roles have merged and been exchanged, levels of workers have been added, gender and power balances have shifted and the need for more clinical exposure for diverse types of students has added one more element to what is already a chaotic landscape.

In such a changed and changing world nurses and doctors practicing today are required to think and manage in a whirl of uncertainty yet practice from the certainty of an evidence base. Teaching evidence based healthcare to those entering or operating in this climate while challenging, is absolutely essential if they are to survive personally and professionally. But the climate in turn demands that the pedagogical approach is one of encouraging a way of thinking, of working collaboratively, of mindfulness¹⁴. It is not about cramming facts into heads. It is about attending to the moment with a professional gaze. Or as Mary Ireland states “ it requires habits of mind that accompany person-centred clinical practice- that is attentive observation, critical curiosity, informed flexibility and presence”¹⁵.

After all practising evidence based healthcare is not acquired instantaneously –it requires a level of individual decision making. Calling evidence based healthcare ‘cookbook medicine’ is to misunderstand the element of expertise required –although I am sure Jamie or Gordon would argue that expert meals are not just about following a recipe either. Like delivering quality care a top class meal requires a complicated compilation of ingredients, some which are basic and clearly delineated but others which are about individual style and emotional and cognitive intelligence, delivered with a genuine commitment to professionalism. Practising in this way is not for the faint hearted. It is not merely about keeping recipes in your head or following guidelines although it is always sensible to check on the latter. The major problem is keeping up to date with the latest evidence in an era that has been labelled the Knowledge Era, while at the same time maintaining your expertise. And the test of being a wise clinician is knowing what to do with the evidence when confronted with a patient presenting who requires your expertise, experience and empathy.

So what about today’s healthcare system? Is it built and based on evidence?

Recently in NSW, a state in Australia, we had a major inquiry into medical errors and mismanagement and it was obvious from the findings that either there is no evidence for many practices or that such evidence is being ignored.

The findings of the Garling Inquiry showed that in one Area Health service alone (there are eight area health services in NSW);

- At least 49 patients died over two years directly from mistakes during their hospital admission
- Of the 85 patients investigated who died in that period, at least 49 --and as many as 61 --did not receive adequate levels of care.
- For 14 of the above group ‘ poor care’ contributed to their death
- The top three causes of adverse outcomes from 2004 to 2007 were failures in communication, knowledge, skills, competence and procedures.
- Key issues included insufficient scheduling for workloads, policies being ignored, delays in relaying important clinical information, multiple teams not communicating effectively and missing or inadequate documents

So does this appalling report disclose a system which ignores the scientific evidence of what is the right thing to do? In some areas the answer is definitely yes but in most of the findings the gravest errors were sins of omission rather than commission. Poor or no communication, inability or unwillingness to work as a team, to ensure continuity of care, to make sure the right thing was done to the right person at the right time. Not so much about ignoring the latest evidence but about neglect, about a lack of professionalism including an ethic of care.

¹⁴Germer C Siegel R Fulton P (eds) *Mindfulness and Psychotherapy*. 1st edition New York Guilford Press 2005.

¹⁵ Ireland M Assisting students to use evidence as a part of reflection on practice. *Nursing Education Perspectives*. National League for Nursing Inc. 29.2 March- April 2008.

The reality of healthcare practice in Australia in 2008 is that doctors and nurses are dealing with increasing workloads not only in terms of numbers but also in terms of the acuity of patients—surely a global phenomena. The workforce numbers are not keeping up with the massive increase in patients seeking care and the work roles have shifted to managing those with chronic and complex conditions as well as acute conditions often complicated through drug and alcohol addiction.

So how does such a landscape impact on the teaching of evidence based healthcare?

In several studies about the use of evidence based healthcare by nurses it was shown that lack of time, lack of access to up to date data, perceived lack of skills to apply data to practice and lack of ability to generate change due to lack of organisational support^{16 17} were barriers to such use.

A major study of the use of online evidence by allied health professionals¹⁸ revealed different levels of use by the different groups under the umbrella category of 'allied health' with pharmacists accessing data on line more frequently than other groups. Social workers and clinical psychologists accessed data on line less frequently than others. Factors associated with the use of online evidence resources included accessibility at work, and home, perceived support from the organisation and supervisors, and attainment of reasonable computer skills. The interesting factor in this study was the lack of relationship between the level of training and actual use with those who had the highest level of training actually accessing on-line evidence less than other groups.

A grounded theory study by Bhandari et al¹⁹ found that the major barriers to teaching EBM to resident doctors included those which were institutional and those which were to do with medical personnel. The latter included apathy and fatigue by the residents themselves but more concerning was the lack of EBM knowledge and practice by the specialists who were ultimately the role models and teachers for the resident doctors.

In terms of congruence between what we teach and what the real world of healthcare exhibits, Joseph Bujak²⁰ highlights the resistance physicians in the United States have exhibited when it comes to evidence based elements of care. The transcendent value maintained through this resistance is that of physician autonomy – a value that is used to justify resistance to change in many area of healthcare. In explaining this Bujak identifies that the game of golf is a physician's idea of teamwork – ie: "the additive sum of individual success"²¹. And in such a game there is a limited sense of teamwork. Certainly this golf analogy was reflected in the Garling Inquiry with specialists acting as autonomous individuals rather than part of a team with the patient at the centre of care.

In terms of the teaching of medical students a study by Johnson and Chen²² revealed that when resident doctors taught medical students as opposed to faculty specialists being their teachers, the students claimed that they were exposed to greater opportunities to improve their clinical skills. And in a study which followed clinical experts teaching procedural skills to students it was shown that the experts omitted at least 50% of the essential 'how to ' steps and 57% of the critical decisions that need to be made during the procedure. These outcomes mirror the results of educational and psychological studies on the nature of expertise. Many have shown that an expert finds it difficult to break down the steps of expert practice since much of it is highly automated. While declarative knowledge which is about knowing facts is in our conscious working memory, procedural knowledge which is about knowing a procedure is outside of our conscious.

Perhaps the teaching of evidence based healthcare is as controversial as that of ethical behaviour or moral comportment. The answer is not necessarily black and white but to do with the context, the

¹⁶ Retsas A Nolan M Barriers to nurses' use of research : an Australian hospital study. *International Journal of Nursing studies* 36 (1999) 335-343

¹⁷ Nagy S Lumby J Mc Kinley S Macfarlane C Nurses' belief about the conditions that hinder or support evidence-based nursing.

¹⁸ Gosling AJ Westbrook JI Allied health professionals' use of online evidence: a survey of 790 staff working in the Australian public hospital system. *International Journal of Medical Informatics* (2004) 73, 391-401.

¹⁹ Bhandari M Monori V., Devereaux PJ. Et all Challenges to the practice of evidence-based medicine during residents' surgical training: a qualitative study using grounded theory. *Acad Med* 78.(11) 1183-1190.2003

²⁰ Bujak JC & Lister E Is the science of medicine trumping the art of medicine ? *Physician Executive*. 32.5 (Sept-Oct 2006): p18(4)

²¹ Ibid p.19

²² Johnson NR & Chen J Medical students evaluation of teaching quality between obstetrics and gynaecology residents and faculty as clinical preceptors in ambulatory gynaecology. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Vol 195, Issue 5 (November 2006).

communication and the commitment of all involved. The learner as teacher and learner is certainly emerging as essential in our global health environment where practitioners move from country to country and health system to health system. Our educational system needs to emphasize the need to continue to grow and develop personally and professionally; to apply evidence wisely; to negotiate diversity of opinion and to distinguish between curing and healing while respecting individual needs.

Professor Judy Lumby AM

AUTHOR/S:

Jos Kleijnen

TITLE:

Conflicts between RCT's outcomes and clinical practice

TEXT:

Randomised clinical trials (RCTs) are done with the aim of generating evidence that can be used in decision making. RCTs provide evidence of effects on group level, whereas in clinical practice one would like to apply this evidence in decision making about the care of individual patients. In this presentation a number of issues which play a role in the applicability of the results of randomised clinical trials in clinical practice will be discussed, with examples of empirical evidence. These issues include the following:

1. Understanding of trials' results: relative effect measures such as relative risks and absolute effects measures such as number-needed-to-treat.
2. The aim of predicting who will gain benefit from treatments, and who will get adverse effects.
3. Differences and possible conflicts between doctor's preferences and patient's preferences.
4. Challenges of getting evidence into practice, and changing professional behaviour.
5. Non-participation in RCTs.
6. Exclusion criteria in RCTs.
7. Intention to treat and per protocol analyses.
8. Pragmatic trials.
9. What is the evidence to support statements that the results of RCTs are NOT applicable in practice?

**Mesa de comunicaciones 6 / Concurrent session 6:
Formación pregrado en enfermería / Pre-grade Nursing Education**

<p>AUTHOR/S: Dr Paola Ferri, Dr Cristina Bigliardi, Dr Rita Lori, Dr Federica Davolio</p>
<p>TITLE: Clinical learning methods among italian nursing students: a descriptive study through Italian School of Nursing (Italy)</p>
<p>TEXT: 1.- Objectives 2.- Methods 3.- Findings 4.- Discussion (which must include the study's implications for clinical practice)</p> <p>1.Objectives</p> <p>a) Deep knowledge and documentation of the number of nursing credits for clinical skills lab and the credits for clinical practice activities in the different sites investigated. b) Identify people, such as nurse educators or clinical instructors that improve nursing students' learning process. c) Define the teaching methods adopted in nursing lab days and specify number of students for nurse educator. d) Define the working reference model for clinical practice and specify number of students for clinical instructor.</p> <p>2.Methods</p> <p>a) Research model: descriptive and quantitative. b) Target group: 26 coordinators of School of Nursing in 3 different italian regions (Emilia-Romagna, Veneto, Toscana). We chose these regions because Emilia Romagna is the region where we live and work so it would be interesting to compare every atheneum; moreover, Veneto and Toscana are useful because they are near to our working reality. c) Data collection: by anonymous survey delivered by e-mail. d) Tool: 29 multiple choice questions: 13 questions about clinical skill lab organization and 16 questions about clinical practice. A reference team has verified the tool and a pilot survey (to ensure the understanding of the questions) has been performed in a similar environment (Regions: Piemonte, Marche, Lazio). e) All the coordinators have been contacted by phone before the survey was sent by mail. One month was given to compile it.</p> <p>3.Findings</p> <p>Answer rate: 81% (out of the 26 courses involved, 21 answered).</p> <p>CLINICAL SKILL LAB</p> <p>a) 19 Degree Courses arrange lessons of clinical skill lab to promote student's ability about technical and theoretical competence and also relation ability. Clinical skill lab plays a very important role in the development of observation ability, practical and intellectual skills (Infante et. al. 1985). In addition to this, the clinical skill lab is a golden opportunity for nurse students to learn approaching reality with problem solving in a supervised learning environment (Schweer 1972). In the most of the courses interviewed (11 degree courses out of 19) the nurse educator is the one who mainly organizes and leads the learning activities.</p>

The Nurse Educator is a nurse holding proficient skills both clinical and pedagogical. He is full time dedicated at coaching the students and therefore he belongs to the degree course.

Two Degree Course plan clinical skill lab targeting only proficient nurses.

One Degree Course organizes clinical skill lab in which only proficient nurses and nurse educator are intitled to teach. The remaining 5 based on the specific competency involve with no further distinction nurse educator, nurses and clinical instructor.

Clinical instructors are nurses allocated to the ward where students attend practice; therefore they are in charge of learning in real working environment.

b) The amount of credits that Degree of Nursing recognizes to the clinical skill lab varies from 1 to 13 in the 3 year course. The time available varies from 43 to 470 in the 3 years of course.

The hours of clinical lab skill is in average for the first year is 88 (sd 63); for the 2nd year 59 (sd 39) and at 3rd 54 (sd 41).

c) All the 21 Degree Courses that answered used both role playing and practical exercises in the clinical lab skill. Some integrate with other learning methodologies:

- 12 role-playing;
- 10 team work;
- 7 traditional lessons;
- 6 problem based learning.

d) The 67% of the courses grants in the learning skill lab all the learning methodologies developed in small groups of students: the Nurse educator is in 1 to 19 students ratio.

e) During the first year of the course, about all the Degree Courses (only one Degree Course doesn't allign to the rest of the sample) give great importance to subject about general medicine and assistance.

At the second year of the course the most important aim is to give theoretical an also practical knowledge to the students among injection and intravenous therapy, surgical nursing; the third year is all dedicated to emergency and urgency nursing, critical care, public care services.

f) The 45% of the Degree Courses let the student attend clinical practice even though he hasn't passed the clinical practice exam.

g) The 62,5% of the sample declares to plan 4 exams of Clinical skill lab all over the three years course.

CLINICAL PRACTICE

a) In 16 Degree Courses (77%) the students work side by side with an expert nurse; the number of students in relation to him is 1:1 or 3:1. The 14% of the courses involved (3 Degree Courses out of 21 answering) provide the presence of a Nurse Instructor during the clinical practice beside the student attending the ward. It is interesting to say that 2 courses didn't answer to this question.

The Nurse instructor is the one who plan and organizes the clinical practice activity for each student dealing with personalized learning objectives.

b) As for clinical skill lab, also for the clinical practice there is a relevant difference among the credits between the sites involved. The number of credits and the amount of hours of the 3 years is variable from a minimum of 37 per 1008 hours and a maximum of 83 per 2450 hours.

c) For what concern the choice of clinical areas for clinical practice, it is interesting to note that:

at the first year of the course the 100% of the sample involves as places for clinical practice general ward;

at the second year of the course the 90% of the Degree Courses choose specialistic medicine ward;

at the third year of the course the whole sample opt for emergency ward as clinical practice ward.

d) At the end of the clinical practice period, each student receives a clinical assessment given by the nurse educator, the clinical instructor and the ward equipe: this is true for every degree courses interviewed.

4. Discussion

The sample chosen is not extensive but it is sufficiently relevant to give us an indication of the reality of School of Nursing in Italy.

The very high answer rate gives us the evidence of the different ways to improve nursing students' clinical practice and learning methods.

The survey shows both relevant allignment and differences among the courses when comparing the profiles of Nurse Educator for clinical learning, hours and credits, as well as both the topics studied and the ward where the practice takes place. The most relevant difference concerns the hours devoted to learning practice lab and the number of credits assigned to it (credit span from 1 to 13 while hours span from 43 to 470) as well as the clinical practice (credits span from 37 to 83 while hours span from 1008 to 2450).

It's probable that this kind of differences have consequences in the registered nurse's proficiency.

At this moment in Italy doesn't exist a standard, approved qualification test to begin clinical practice after degree course. This survey shows more similarities among the Italian Degree Courses interviewed about learning and teaching methodologies, and the number of students per Nurse Educator that is granted in clinical laboratory skill. Each Degree Course verifies student preparation by an exam about lab skills content: this allows the student to attend the ward for the clinical practice (only 35% of the degree courses). Many courses (77%) identify a clinical nurse that works side by side to the student during clinical practice in the ward. In the most of the sites the nurse educator is the one who plans and organizes the clinical practice pathways keeping in mind the individual attitude and feeling of each student and holds relations between University and the working areas. The kind of ward chose for each course year is very similar among the various sites involved.

For the future the purpose is to extend this kind of research to all the Italian Nursing School and build up a work group with the coordinators of the Italian Nursing School to establish educational guidelines.

BIBLIOGRAPHY:

Godson NR, Wilson A, Goodman M. Evaluating student nurse learning in the clinical skills laboratory: Br J Nurs. 2007 Aug 9-Sep 12;16(15):942-5.

Walker JT, Martin TM, Haynie L, Norwood A, White J, Grant L. Preferences for teaching methods in a baccalaureate nursing program: how second-degree and traditional students differ. Nurs Educ Perspect. 2007 Sep-Oct;28(5):246-50.

Bernardi P, Bonso O, Dorigo M, Milan R. Il tirocinio clinico. Indagine sull'organizzazione del tirocinio nei corsi di Laurea in Infermieristica. Quaderni delle Conferenze Permanenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia. 2007 36:1514-20.

Palese A, Dalponte A. Variabilità e tendenze dei Piani di studi dei Corsi di Laurea in Infermieristica. Quaderni delle Conferenze Permanenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia. 2007 39:1628-1634.

Zannini L, Saiani L, Renga G. Figure e metodi della tutorship nel diploma universitario per infermiere. Contributi ed esperienze. Rivista dell'Infermiere. 1998 3;17:139-163.

Guilbert JJ. Guida pedagogica per il personale sanitario. Bari: Edizioni del Sud; 2002.

Gamberoni L, Lotti A, Sasso L. Il tutor per le professioni sanitarie. Roma: Carocchi - Faber Editori; 2003.

White R, Ewan C. Il tirocinio, l'insegnamento clinico del nursing. Milano: Edizioni Sorbona; 1994.

AUTOR/ES:

Alcolea Cosín M T, Oter Quintana C, Martín Robledo E.
Centro de trabajo: E.U.E de la Comunidad de Madrid. Avda. Orellana s/n. Leganés. 28911 Madrid.
Correo electrónico: teresa.alcolea@salud.madrid.org

TÍTULO:

Título: EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN EN ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA EN EL MARCO DE LA ASIGNATURA DE ENFERMERÍA INFANTIL

TEXTO DEL TRABAJO:

Las competencias que debe adquirir un alumno pregrado de enfermería, especificadas en el Libro blanco de ANECA sobre la titulación de Enfermería, identifican, entre otras, la capacidad para cuestionar, evaluar, interpretar y sintetizar críticamente un abanico de información y fuentes de datos que faciliten la elección del paciente y la capacidad de hacer valer los juicios clínicos para que la práctica esté basada en la evidencia. Con la finalidad de facilitar este desarrollo competencial los profesores de la asignatura de enfermería infantil de la Escuela de Enfermería de la Comunidad de Madrid, han implementado un programa formativo destinado a aproximar a los estudiantes de tercer curso a los conocimientos basados en la evidencia científica existentes en este campo.

1.- Objetivos

El presente estudio se encuadra dentro de la investigación educativa, que debe formar parte de nuestro proceso de mejora del desempeño profesional docente para identificar el nivel de conocimientos basados en la evidencia científica que han adquirido los alumnos en la asignatura de Enfermería Infantil y analizar la aplicación de los conocimientos basados en la evidencia científica en aquellos alumnos que han realizado su práctica clínica en las unidades de cuidados pediátricos y neonatales.

2. Material y métodos

Estudio descriptivo transversal sobre la formación de los alumnos de tercer curso en las recomendaciones de práctica basada en la evidencia en enfermería infantil. El ámbito de realización del estudio es la Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid. La población de estudio son los alumnos de tercer curso matriculados en la asignatura de Enfermería Infantil en el curso 2007/08 siendo este, junto con la voluntariedad de participación en el estudio, los criterios de inclusión. Se han considerado como criterios de exclusión la negativa a participar en el estudio, la dificultad para comprender la lengua castellana y también a aquellos alumnos que no se hayan presentado a las evaluaciones de la asignatura de Enfermería Infantil durante el curso 2007/08, dado que no habrán podido adquirir los conocimientos que pretendemos medir en esta encuesta.

Se ha utilizado como instrumento de recogida de datos un cuestionario con 21 preguntas, abiertas y cerradas, validado previamente, donde se recogen variables socio-demográficas (edad, sexo, estudios previos realizados, simultaneidad de trabajo con los estudios, disponibilidad de ordenador e Internet) y variables académicas como la rotación en las prácticas clínicas en Unidades neonatales o pediátricas y el conocimiento de las recomendaciones basadas en la evidencia relacionadas con la asignatura de enfermería infantil que versan sobre las intervenciones enfermeras en un niño con fiebre o con obesidad, así como los efectos del chupete. También se explora el manejo recomendado para evitar la hipoglucemia neonatal y el cólico del lactante y la puesta en práctica de las recomendaciones señaladas en los Best Practice citadas en la bibliografía de referencia de la asignatura. El cuestionario fue administrado durante el mes de Junio por una persona perteneciente al equipo investigador pero que era ajena a la asignatura de Enfermería infantil, coincidiendo con las sesiones informativas para el acceso al mundo laboral que tuvieron lugar con posterioridad a la evaluación final de Junio.

Para el análisis de los datos utilizados se ha usado un programa estadístico de SPSS.15 para Windows utilizando el nivel de significación de 0,05. Se realizó un análisis descriptivo, variable por variable, tras la codificación y depuración de datos, al valorar las respuestas atípicas y extremas. Se detectaron y etiquetaron los valores perdidos y/o no aplicables. En las preguntas abiertas se elaboraron categorías de respuesta tras el análisis de los datos.

Tras el etiquetado de las variables y valores, se hizo una descripción de la distribución de cada variable cualitativa expresada en porcentaje.

3.- Resultados

El total de alumnos que han contestado al cuestionario son 43, de un total de 58 alumnos matriculados en la asignatura, todos los cuales se han considerado válidos. Tres alumnos estaban excluidos por no presentarse a la evaluación final de la asignatura. Un total de 12 alumnos han rehusado a participar en el estudio. El 73% de los participantes tiene una edad entre 20 y 21 años, en un rango entre 20 y 34 años, con predominio de sexo femenino en un 88% frente a un 11% de hombres.

La mitad de los alumnos han accedido a la guía docente de la asignatura donde figuran los Best Practice recomendados y sólo un 7% de ellos los ha consultado. La práctica clínica con niños es opcional y únicamente han podido llevarla a cabo un 48% de los alumnos de tercer curso. De ellos, un 14% ha puesto en práctica los Best Practice frente a un 38% que no lo ha hecho y un 28% que no sabe si los ha utilizado, apoyado por un 19% que no contesta a esta pregunta.

Al analizar las intervenciones de enfermería basadas en la evidencia relativas al manejo de un niño con fiebre, más del 90% de los alumnos conoce la necesidad de aumentar el confort, proporcionar líquidos, retirar el exceso de ropa y educar a los padres en el manejo de estas situaciones, pero solo un 20% de ellos conoce que el baño está desaconsejado así como el uso de esponja(13%). Destaca la escasa claridad para el uso de paracetamol con un 15% que se ve reforzado por un 47% de alumnos que reconocen su desconocimiento en la dosis a administrar.

En el caso de la obesidad los resultados son similares, más de un 95% de los estudiantes saben que hay que proporcionar una dieta rica en verduras y frutas o realizar ejercicio físico. Pero este porcentaje se reduce al 16% en el conocimiento de la dieta del semáforo con un 48% que manifiestan su ignorancia al respecto.

Así mismo se ha estudiado el efecto del uso del chupete en la reducción que provoca del riesgo del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante, aspecto acreditado por un 88% frente a aspectos menos conocidos como son la reducción en la duración y exclusividad de la lactancia materna, avalada por un 20%. Entre ambos extremos, están la mitad de los alumnos que disciernen sobre los efectos del chupete en la infecciones intestinales, respiratorias y dentales. Los estudiantes suscriben la relación entre el chupete y la maloclusión dental en un 65% y solo un 7% de ellos tienen una concepción correcta al respecto.

Entre los aspectos más dominados por los alumnos sobre el manejo de la hipoglucemia en los neonatos, se haya que el 86% de ellos considera que debe promoverse el contacto piel a piel(método canguro) durante las primeras 24 horas de vida y un 74% reconoce la seguridad de la lactancia materna a demanda temprana y exclusiva, considerando que esta cubre todas las necesidades nutricionales de los neonatos a término sanos sin necesidad de alimentos o líquidos suplementarios. Y en ese sentido, el 58% de los encuestados tienen claro que debería dársele de mamar al neonato cuando existan dudas de que esté sufriendo una hipoglucemia. En tanto que la protección térmica necesaria para prevenir la hipoglucemia en neonatos es conocida por un 60%.

Los resultados obtenidos sobre los contenidos relativos al cólico del lactante muestran que un 27% de los encuestados conoce que la madre lactante debe tomar dieta baja en alérgenos(leche, huevo, trigo, frutos secos) y un 44% de ellos afirma que el niño alimentado con lactancia artificial debe sustituir la proteína de leche de vaca por un preparado hipoalérgico. Un 51% reconoce no saber orientar a las madres o padres acerca de las infusiones de hierbas y 1 de cada 4 alumnos podría informar correctamente a los cuidadores.

Al segmentar los datos en función del sexo, lugar de prácticas y conocimientos más deficitarios obtenemos que una de las creencias erróneas manifestadas por los alumnos es la utilización de la esponja para bajar la fiebre, dado que tanto el 35% de los que han realizado sus prácticas en unidades pediátricas, como el 47% de los alumnos que no han realizado prácticas en tales unidades creen que la esponja se debe usar para bajar la temperatura de un niño con fiebre. La oportunidad de rotar por un servicio de cuidados a niños no ha modificado sustancialmente su pensamiento al respecto, porque solo mejora en un 3%, pasando del 14% al 17%

La dosis correcta de paracetamol es conocida por un 15% de los alumnos, un 10% corresponde a alumnos que han realizado práctica clínica con niños, y el 5% a aquellos que no han podido trabajar este aspecto en sus prácticas clínicas. Un 36% de los estudiantes desconoce la dosificación correcta del paracetamol a administrar a un niño con fiebre, correspondiendo un 26% a alumnos sin práctica en unidades pediátricas y un 10% a los que si las han realizado.

4.- Discusión

A la luz de los resultados del estudio, podemos afirmar que los estudiantes manejan la mayoría de las recomendaciones basadas en la evidencia relacionadas con la enfermería infantil, si bien la consulta realizada de los Best Practice es mínima y por tanto desconocen las fuentes bibliográficas que recogen sistemáticamente las recomendaciones más actuales, lo que dificulta que unos profesionales formados en la sociedad del conocimiento se mantengan en la vanguardia del mismo. Llama nuestra atención que un conocimiento no avalado científicamente no haya podido ser sustituido en el periodo formativo de profesionales de enfermería, posiblemente porque no haya existido una sinergia entre la esfera académica y la aplicación práctica de dicho conocimiento. Por ello, parece preciso implementar estrategias destinadas a que los alumnos y futuros profesionales incorporen en su práctica las recomendaciones basadas en la evidencia para prestar unos cuidados de calidad, implicando en este proceso tanto a las instituciones docentes como sanitarias en las que los alumnos realizan su práctica clínica.

Para vencer las barreras existentes en la realización de investigación primaria sobre los cuidados y la aplicación de los resultados obtenidos, habrá que mejorar la formación de los alumnos de enfermería en el manejo de bases de datos que proporcionan evidencia científica, de modo que vayan incorporando la capacidad de aprender, de gestionar la información y así puedan enfrentarse con éxito a los conflictos cognitivos que hoy día se les plantean en una práctica clínica cautiva de una gran variabilidad y donde con frecuencia la respuesta a la demanda de información de los usuarios no se basa en conocimiento avalado desde un punto de vista científico sino en ocasiones son el resultado del acceso a información con un caliz más comercial.

Consideramos que los resultados de este cuestionario son el punto de partida para la implementación de nuevas estrategias docentes destinadas a fomentar el conocimiento y la aplicación práctica del cuidado basado en la evidencia científica en el marco de la asignatura de enfermería infantil en nuestro centro.

BIBLIOGRAFÍA:

- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad. Libro Blanco: Título de Grado en Enfermería. [monografía en Internet]. Madrid: ANECA; 2005. [acceso 21 de Mayo 2008].
Disponible en: http://www.aneca.es/activin/docs/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf
- Martínez Riera JR. Barreras e instrumentos facilitadores de la enfermería basada en la evidencia. *Enf Clin.* 2003; 13:303-8.
- Bravo Toledo R, Campos Asensio C. Medicina basada en pruebas (Evidence-based Medicine). *JANO Med Humanad.* 1997; 53(1218): 71-73
- Universidad Autónoma de Madrid [Página principal en Internet], Madrid: Oficina de Convergencia Europea; 2008[acceso 21 de Mayo 2008]. Pedraz Marcos A. Implantación del ECTS en las asignaturas de tercer curso de la titulación de Enfermería. [8 páginas].
Disponible en: <http://www.uam.es/europea/archivos/Convocatorias%20UAM/enfermeriaB8CAM.pdf>
- Imberón F. coordinador. La investigación educativa como herramienta de formación del profesorado: reflexión y experiencias de investigación educativa. Barcelona: Graó; 2002.
- Solá Pola M, Molins Mesalles A, Martínez Carretero JM. Evaluación de la competencia clínica en Enfermería. *Rev ROL Enf.* 2005; 28(7-8): 493-498.
- Universidad Autónoma de Madrid [Página principal en Internet], Madrid: Escuela de Enfermería de la Comunidad de Madrid; 2008[acceso 26 de Mayo 2008]. Alcolea Cosín M T. Guía Docente de Enfermería Infantil 2007/08. [18 páginas]. Disponible en:
http://www.uam.es/otroscentros/ecomadrid/Escuela%20CAM/Estudios/Guias_docentes/3_Enfermeria_Infantil_0708.pdf
- Casas Anguita J, Repullo Labrador JR, Donado Campos J. La encuesta como técnica de investigación. *Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I).* *Aten Primaria.* 2003; 31(8):527-538
- Muñoz Izquierdo A, Puchades Simó A, Marco Gisbert A, Piquer Bosca C, Ferrer Casares E, Canela Ferrer A, Gómez Muñoz N, Costa Pastrana M.C. Acceso a Internet de los profesionales de enfermería y tipos de consulta que realizan. *Enf Clin.* 2008; 18(1):18-25

AUTHOR/S:

Querido, A

TITLE:

Promoting Hope at end-of-life - Nursing students perception

TEXT:

Hope is considered a key element in life, essential for dealing with illness and preparing for death. Miller (2007) stated that "hope is needed by all persons throughout the life cycle and through the health illness continuum, including at the end-of-life".

In the context of terminal illness, when a cure is not possible, the "focus" of hope is extremely important in the way patients experience end-of-life care. Patients perceive hope as being many faceted, diverse and achievable no matter the prognosis or the eminence of death (Johnson, 2007). Nurses assume a primary role in the palliative care of terminally ill individuals and are in strategic positions to foster or hinder hope (Herth&Cutcliffe, 2002). On the other hand, Registered Nurses considered hope promotion to be a vital aspect of caring and clearly reported that they engaged in hope facilitation with older patients (Turner & Stokes,2006).

Promoting hope is therefore one of the main nursing interventions, but only can be implemented by the ones that use the concept intentionally (Herth,2005). Each person's own conceptualization of hope influences his or her views about hope at the end of life and hope for patients whose death is inevitable (Miller, 2007), and it is needed to first make personal meaning of hope before using it with others (Massey, 2003).

Nursing students are often exposing to patients at the end-of-life during clinical practice, but we don't know how they perceive the concept of hope or hope promotion experiences.

Objectives

The aim of this study is to explore nursing students' perception of hope at end-of-life.

Four questions guided this study with the objectives: (1) to know how nursing students perceive hope; (2) Identify elements of hope perceived by students in the end-of-life clinical practice; (3)Identify factors interfering hope promotion at end-of-life; (4) Identify how could contribute to hope promotion.

Method

A focus group was carried out in a Nursing School of Portugal in 2007.

A convenience sample of nursing students participated in the study. The inclusion criteria for the participants were: Having finished the 2nd semestre of the 4th grade; acceptance in participate in the study and showing interest in caring for patients at the end-of-life.

Recruitment was achieved through the invitation of the students by flyer which explained the purpose and objectives of the study. Afterwards we invited personally the students and asked the class delegate to divulgate the invitation. A sample of six nursing students who have recently finished the last clinical practice. Full information was given to the participants and informed consent was obtained by a written assignement.

We previously prepare the focus group: A script was drew up on a semi-structed base of open questions as a base for discussion. There were five topics, from general to specific, as recommended by Kreuger (2005) and Hudson (2003): Ice-breaking opening question, transition question, key questions, sum-up, ending.

Four key questions guided the study: "How does nursing students perceive hope?" "How do they perceive hope promotion at the end-of-life in clinical practice" "What are the factors interfering hope promotion at the end-of-life care?" "How could learning and training contribute to hope promotion?".

We also asked for other suggestions on the theme.

The investigator moderated the meeting. The interview was transcribed verbatim and analyzed using Nvivo, according the Vaughn (1996) thematic analysis method: first identifying major themes, then basic codes, group data into categories and at last refine the themes to ajust to the categories.

The coding process was validated by a researcher used to coding process, and with special knowledge about it.

Findings

The perception of participants' hope is built on the basis of their personal concept of hope, on the meaning of hope for others (patients, family, health professionals), and on the way nurses practices hope promoting in clinical practice.

The debate was mainly focused on hope promotion in hospital acute care setting. Students agreed on the need to question people about their hopes, focus hope on small targets and on the 'day-to-day' experiences.

Hope was perceived by participants as a universal concept, but individualized one. It is associated with positive feelings that something better will happen, and can be triggered by the situation of disease. It has a time dimension in order to achieve objectives.

Students perceived hope associated to well-being, relief of pain and quality of life, with a different focus for each person, which must be identified. Students also stated hope as concept difficult to define and unknown by those who use it in clinical practice.

The perception about hope promotion is based on the nurses clinical practice.

Hope promotion nursing interventions' are based on the investment relationship with the patient.

Students identified constraints of 'hope promoting' related to the environment of care, the relational process and nurses:

-- The Environment of care - in various contexts of clinical practice, promotion of hope is positively affected by the recovery of colleagues and negatively by the difficulty in accessing information and the devaluation of hope promotion in the face of other interventions. The organization of work, especially teamwork, are constraints that can enhance or inhibit this process.

-- The interpersonal relation - conditioned positively promoting hope, through the positive role of relations, expressing patient needs and positive role of nurses in this process. Being present, time and availability, positively influence the process. The communication in its various aspects and their relations with family are important constraints both in promoting hope, and in its decline.

-- The nurses - Lack of training and communication skills / of relationship, negatively influence the process of hope promotion. The motivation and attitude, can contribute to fostering or hindering hope for patients and families and, 'be a professional with hope', is a condition for its promotion.

Students identified the need for more training on pain control, communication techniques at end-of-life, and pointed out the importance of developing skills of "hope promotion" in clinical practice.

The contribution to the training emerged from analysis of the terms concerning the matters that students consider important change in its basic training, for the promotion of hope.

-- Theoretical and practical classes - need for more training on aspects relating pain control and communication aspects

-- Clinical training - importance of developing skills of promoting hope in the context of clinical practice

4.- Discussion (which must include the study's implications for clinical practice)

Although there was only one focus group, which is insufficiency to study this issue, it allowed understanding the difficulty in discussing hope. It was said to be an intimate subject and therefore not to discuss in big groups.

The findings pointed out the universality of the concept of hope, and are related with the model of Dufault and Martocchio (1985). In the participants report and discussion, there were no evidence of holistic approach of the patient. Frequently students referred there weren't able to deal with hope of patients at the end-of-life – they didn't know what to say or do.

The results give contributions to increase the knowledge base of hope in literature, from the perspective of students.

What defines hope for each person is unique and should be considered by professionals, to further improve the quality of care, and choice of strategies for promoting hope.

The challenge for educators in nursing is to teach students holistic strategies to promote, maintain and increase the hope in the current circumstance of patients as well as anticipate future needs.

The results suggest the inclusion of hope promoting in teaching, practice, care and research. Further studies on this subject are needed to better understand the process of hope promotion in the clinical context.

BIBLIOGRAPHY:

Herth, K.

Johnson, S. Hope in terminally illness: an evolutionary concept analysis. International Journal of Palliative Nursing. 2007; 13(9): 451-9.

Miller, JF. Hope: A construct central to Nursing. Nursing Forum.2007.Jan-Mar; 42(1):12-19.h

AUTHOR/S:

Ann Elizabeth Tourangeau RN PhD; Greta Cummings RN PhD; Lisa Cranley RN PhD (c)

TITLE:

Emerging Theory of Determinants of Nurse Intention to Remain Employed

TEXT:

The two primary objectives for this paper are to: 1.) describe what work environment, and personal factors influence nurses' intentions to remain employed in their acute care hospitals and 2.) begin to elucidate differences in degree of importance that influencing factors have across generations of acute care hospital nurses.

A review of the literature suggested there are five categories of predictors of nurse intention to remain employed: job satisfaction, organizational and work-related characteristics, manager abilities and characteristics, the external environment and opportunities, and nurses' personal characteristics and life circumstances. However, previous studies measuring these predictors and their impact on nurse intention to remain employed have only been able to account for about 1/3 of variance in nurse intention to remain employed. Clearly there are other influencing factors not yet considered.

Currently, there are four generations of nurses in the workforce. We suggest factors influencing nurse intention to remain employed, and consequently retention, vary in nature and intensity across generations. Accordingly, strategies to promote nurse retention should be different for nurses in different generations. To determine other influencing factors and their impact across generations, we conducted focus groups and asked nurses to explain what influences their intentions to remain in or leave their hospital employment.

Thirteen focus groups were conducted with registered nurses working in acute care hospitals in two Canadian provinces: Ontario and Alberta. Where possible, focus group participants were homogeneous with respect to generational affiliation. Focus group data were transcribed verbatim. Thematic analysis was used to analyze focus group data to develop categories of determinants and the emerging theory.

While evidence was found to support those factors previously found as determinants of nurse intention to remain employed in their hospitals, other categories of influencing factors also emerged such as fit between the nurse and the hospital organization. Further, it appeared that different influencing factors hold varying degrees of importance for nurses in different generations. The factor that seemed to be a strong influence across all generations of nurses was the importance of relationships among co-workers. A more comprehensive theory of determinants of nurse intention to remain employed has evolved from these findings. We found 10 categories of themes that hospital nurses described as influencing their intentions to remain employed in their current hospitals: relationships with co-workers, the work environment, their own physical and psychological health status, relationship with the employing organization and its structures, organizational support provided, relationship with and support from manager, job content and patient-related factors, work rewards provided, sense of being a valued member of the organization community, and external to work factors.

These findings shed more light on those factors that influence nurses' decisions to remain employed as well as light on the varying degree of impact that influencing factors have on nurses' intentions to remain employed across different generations. Further testing of this emerging theory will lead to refinement as well as selection and development of generation-specific strategies to promote nurse intention to remain employed with their hospitals.

AUTOR/ES:

Beatriz Marques de Oliveira
Vanda Elisa Andres Felli

TÍTULO:

HEALTH AND QUALITY OF LIFE OF NURSING STUDENTS

TEXTO DEL TRABAJO:**1.BACKGROUND**

In Brazil there is still a great demand for training nurses to assist the health of almost 188 million of habitants(1). However, this demand is not only quantitative but requires that nurses, who insert their selves in the workforce, can be properly prepared to take care of own health and to keep working. This is because the nursing work has been described as extremely unhealthy and generator of serious health problems for workers(2,3). In the education of nursing human resources, students held a practice in the health institutions, practicing what they learn theoretically in the university. This practical learning expose them to workloads such as biological, chemical, physical, mechanical, physiological and psychic, at he same way of nurses who formally came into the work market(4,5). This precocious exposure is very worrying because it compromises the health of students before beginning their formal work, impacting in their current and future quality of life. Moreover, in the educational process, in the university, the students experience co nditions which promote their quality of life and conditions that are unfavorable to their quality of life(6). Studies (7, 8, 9, 10) with nursing students show that they have health problems such as flu, pneumonia, pediculosis, scabies and other infections (contact with patients with infectious, infectious and contagious and parasitic diseases); exposure to blood and biological fluids (contact with patients and contaminated materials); allergies (chemicals substances); musculoskeletal disorders (manipulation of excessive weight, falls and using the computer for excessive hours, standing up or seated position for several hours); sleepiness (a few hours of sleep - and fulltime classes); stress (learning of invasive procedures, professor-student relationship, living in big city). In opposition, the educational process presents factors that promote the health and quality of life, as the professionalization, self-development, new friendships, the experience with different groups and parties. In this context, the quality of life is expressed by the articulation between life and education processes and between favorable and unhealthy factors, which express themselves by health-illness profile for each specific group. The health of students is very important to be considered in the education process and in the curriculum proposals. , this study aims to:

2.PURPOSES

This study aims to characterize the social and demographic profile of these students; to catch the students' meaning of the quality of life and their quality of current life's perceptions; to apprehend their health problems related to the moment of the undergraduate course; and to identify their strategies to promote quality of life.

3.METHODS

The study was developed in a quanti-qualitative approach. The setting was a school of nursing of a public and teching university of Sao Paulo-Brazil. Data were collected with 65 students from a total of 78. This sample was intentional, with students of the 8th semester of 2007 and the last of the course, since the study sought data from the cumulative experience of these students and four years of education would have more and better opportunities for analyze their quality of life. After approval of the protocol by a Ethics Committee and signing of the Informed Consent, students were asked to answer a questionnaire with questions about social and demographic data; and questions about quality of life. Quantitative data were analyzed by descriptive statistic and the qualitative ones suffered thematic analysis.

4.RESULTS

Analyze of qualitative data, such as social and demographic data allowed to apprehend that:

- 83.3% of students answered the questionnaire
- the majority of students are women (92.3%)
- between 22 and 24 years old (80.0%)
- 90.8% are single and just one student has a child (1.5%)
- 87.7% of students live with their family
- 56.9% of students are public users of train, subway or bus and dispend more than an hour to arrive at university;
- 58.5% of students don't have gainful activity and 41.5% of them receive financial aid of scientific initiation fellowship and other fellowships offered by university, assistants for data collection in researchs, remunerated extra-curricular training, formal work in occupational medicine, autonomous and arbitrator of games.

The qualitative data, after thematic analysis, allow to identified two categories which emerged from the discourse of students. They were grouped into the following categories: meaning the quality of life for academics; factors that predispose to a quality of life favourable or unfavourable at the university, as the factors (favorable and unfavorable) impact on the health of students and the quality of life today.

a)Meaning of quality of life

They perceive it in different ways: satisfaction of the basic needs; to make what they like and to have time for work and personal life; balance between favorable and unfavorable potentials of quality of life, as the following speeches:

"... it is to have health, housing, family, access to qualified means of transport, access to education, to have jobs, access to leisure and cultural activities, feed with quality, to sleep in time to adequate rest." (Dayse)

"It is to organise the day, separating adequate time for family, study and work, nutrition, physical activities and social relationships ..." (Lirio).

"... I tis to work our perpectives of life in order to feel satisfied and aim our expectations, and if it is not possible, it is necessary to work with ourself not be internally affected in order not to produce frustration and demotivation. " (Xenon)

"... it contains the determinants of which may be strengthening or wear and that flow in the way of life. The quality of life may be the average in the relationship between these potentials for strengthening and wear. " (Gardenia)

b) Favorable and unfavorable factors to quality of life

As favorable factors, the students had pointed friendships, feed at the university restaurant, access to library and acquirement of knowledge, among others.

"The interaction with people and friendships won, the construction of knowledge and expanding the vision of world, the benefits of the USP student and other students (feed, bus/subway ticket, access to library with withdrawal of books)." (Earring-of-princess)

Relating to the unfavorable factors, they had reported: overload of activities, distance between home and university, full time at the university.

"Extensive lectures, exigent trainings, high exigence by the teachers ... , inflexible teachers, short deadlines for delivery of work, overload in general and competitiveness among students." (Poppy)"

c)Impact in health and in quality of life

Students reporte that both favorable and unfavorable factors impact in their quality of life as their health, however the adverse ones are the majority and they are reported as situations which generate stress and anxiety . Favorable factors to good quality of life were reported as promotion of relaxation, increase the self-confidence and well-being, good feed, readness in a positive way. The resulting health problems are stress, physical and mental strain such as: discouragement, anxiety, anger, desinterest, pain, headache/migraine, decreasing of immunological resistance, flu/colds, gastritis and skin diseases.

d)Quality of life today

Relating to the current quality of life, 50,7% of students attributed degrees between 7 and 8 and 41.6% attributed degree less than or equal to 5, considering a scale from zero (nothing) to 10 (excellent). The reasons of this evaluation were: the anxiety and concern with the ending of the course, development of better strategies of the stress coping, accomplishment of activities that promote pleasure.

5.DISCUSSION

This study identifies the factors that predispose a favorable quality of life as related: interpersonal relationships (friendships), accessibility (food, library and opportunities (knowledge). Relating to unfavourable aspects are the various forms of strain: overload of activities, distance between home-university, fulltime classes. These are expressed by a health-disease profile that shows negative feelings, physical, psychological and emotional expressions as diseases. Favourable aspects promote relaxation, increase self-confidence and well-being. The allocation of the level of quality of life today is reported by students as dichotomized with values between regular (41.6%) and very good (50.7%), which are both explained by students: the development of strategies for coping and stress for the conduct of activities that promote pleasure, as the anxiety of finishing the course and becoming a professional life.

In syntesis this study subsidizes the implementation of strategies aimed at improving the quality of life, both by students and the teachers in implementing new ways to promote the educational process of nurses. The study also points the need for the university to promote students' health and quality of life because they will be important resources to promote the health of people. Also, if the health is a universal human right for patients, it needs become for health workers too. Educational process at universities is the best opportunity to promote workers' health.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.Brazilian Institut of Geografy and Statistics (IBGE). Popclock - Estimated Population [homepage on the internet]. Brasilia (FD):Ministry of Planning, Budget and Management; 2008 [cited 2008 Sep 13]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/>
- 2.Silva VEF. The health of nursing workers: a study on dialectic and historical materialism approach. Rev Paul Enf. 2000; 19:41-48.
- 3.Felli VEA, Tronchin DMR. Work quality of life and the health of nursing workers. In: Kurcgant P. coordinator. Nursing Management. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 89-107.
- 4.Laurell AC, Noriega M. Production Process and Health-Work: strain of workmen. Sao Paulo: Hucitec; 1989.
- 5.Silva VEA. The health of nursing workers: a study on dialectic and historical materialism approach. Rev Paul Enf. 2000; 19:41-48.
- 6.Breilh J. The health-disease as social fact: a new approach. In: Breilh J et al. Deterioration of life: an instrument for analysis of regional priorities in social and health. Quito: CEAS/Corporacion: National publisher; 1990.
- 7.Barachati VS. The exposure of nursing students to body fluids during traineeship. [monograph on the Internet] . Sao Paulo: School of Nursing of University of Sao Paulo; 2005 [cited 2008 Sep 13]. Available from: [http://www.ee.usp.br/graduacao/exibe_monografia.asVanessa
- 8.Scudeler LA. The exposition of the undergraduate nursing students to chemical loads. [monograph on the Internet] . Sao Paulo: School of Nursing of University of Sao Paulo; 2006 [cited 2008 Sep 13]. Available from: [http://www.ee.usp.br/graduacao/exibe_monografia.asp]
- 9.Oliveira BM Quality of life of nursing students of SNUSP. [monograph on the Internet] . Sao Paulo: School of Nursing of University of Sao Paulo; 2007 [cited 2008 Sep 13]. Available from: [http://www.ee.usp.br/graduacao/exibe_monografia.asp]
- 10.Martins AC. Nursing students knoledge about musculoesketal disorders. [monograph on the Internet] . Sao Paulo: School of Nursing of University of Sao Paulo; 2008 [cited 2008Sep 13]

Mesa de comunicaciones 7 / Concurrent session 7: Cuidados críticos y de emergencias

AUTOR/ES:

Perteguer Huerta I, Péculo Carrasco JA, Casal Sánchez MM, Gómez Escorza J, Jiménez Cordero JP, Mendoza Corro MA.

TÍTULO:

PERCEPCIÓN SOBRE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES ASISTIDOS EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

TEXTO DEL TRABAJO:

Estos resultados forman parte de un proyecto de investigación aprobado por el Fondo de Investigación Sanitaria, del Instituto de Salud Carlos III (nº exp. PI070680).

La “Estrategia para la Seguridad del Paciente” persigue incrementar la seguridad como componente crítico de la calidad, facilitando la participación y decisión de los ciudadanos, y su transición como elemento pasivo a elemento activo que contribuye a minimizar sus propios riesgos. Con esta perspectiva el equipo investigador se dispuso a cuantificar, ya en 2005, la percepción de seguridad en la asistencia extrahospitalaria, mediante una escala que contaba con una razonable validez de contenido, pero no había sido validada. Con el objetivo de diseñar y validar una herramienta para medir la seguridad percibida por los pacientes trasladados a hospital tras demandar asistencia sanitaria urgente, se interrogaron las opiniones y experiencias de los propios pacientes asistidos.

OBJETIVOS. Conocer la percepción sobre seguridad de los pacientes asistidos y trasladados a hospital tras demandar asistencia urgente a la línea telefónica “061”.

MATERIAL Y MÉTODO. Estudio exploratorio que utiliza metodología cualitativa basada en grupos focales. Se incluyeron a todos los pacientes asistidos y trasladados en la ciudad de Cádiz, durante cuatro meses de 2008. Se realizó muestreo intencional no probabilístico, siguiendo criterios pragmáticos (facilidad y factibilidad de los contactos, accesibilidad...), definido por la variable estructural “Tipo de asistencia”, que hacía referencia a quién había asistido y quién había trasladado al paciente. Se realizaron 3 grupos focales por cada uno de los tres segmentos obtenidos, a fin de alcanzar la saturación de la información. Las sesiones de discusión, de 90 minutos aprox., se realizaron siguiendo un guión preestablecido, y fueron grabadas en vídeo y audio, con el oportuno consentimiento de los participantes y garantía de la confidencialidad de los datos y opiniones. Las reuniones fueron conducidas por una moderadora con experiencia en conducción de grupos, no conocida previamente por los participantes, buscando la participación e interrelación espontánea. Además se recogieron las impresiones de una observadora durante las reuniones. Ambas eran ajenas a la labor asistencial del Servicio Provincial 061 de Cádiz. El análisis de los datos cualitativos se realizó mediante transcripción completa de la grabación, validación de la transcripción y análisis de discurso: construcción de categorías y diferenciación de las categorías previas (aportadas por un grupo de expertos) de las emergentes.

RESULTADOS. Las categorías encontradas se relacionaron con la Comunicación, la Calidad Científico-Técnica, el Equipamiento y el Trato. Con respecto a la Comunicación destaca la importancia que se le da a la información anticipada de todas las intervenciones y decisiones (“...se mantenían como... siempre preocupándose, manteniendo el contacto con el enfermo... te vamos a hacer esto, lo otro...”, “fue sincero: has tenido un infarto y te vamos a llevar al hospital”, “la ambulancia se va a mover un poco” ...). En cuanto a la Calidad Científico-Técnica destaca la importancia que se le da a la no variabilidad en la práctica (“...se ve que estaban preparados, en su actitud, en lo que hacían, en lo que decían...”, “el personal que me estaba atendiendo, tanto el médico, como los ayudantes serían, estaban enterados de los procedimientos que había que seguir, por lo menos en mi caso”, “...a mí me han atendido 3 veces, cada vez un equipo, pero iguales... el mismo comportamiento...”). Con respecto al Equipamiento parecen no percibir problemas, aunque los haya. Sólo destacaron el poco espacio en el habitáculo asistencial de la ambulancia (...era pequeña, porque ellos no tenían comodidad para moverse, coger el material... pero yo bien, yo estaba en la camilla...).

Por último, en cuanto al Trato, cabe destacar la humanidad, la cercanía, la amabilidad (...eran muy amables, muy humanos, se partían por ayudarte...", "...estaban los 3 para salvarme..." "el trato que tenían para dar tranquilidad, que no me asustara, me habían hecho el EKG y no señalaba ninguna cosa de peligro.... Y esa confianza es la que te daba para poder seguir el camino").

DISCUSIÓN. Se realizó comparación entre la aportación de un grupo de expertos y las percepciones de estos pacientes. Aunque ha habido muchas aportaciones semejantes (p.ej. coinciden claramente en que el elemento que transmite mayor seguridad es la actitud serena del profesional), cabe destacar las diferencias entre los dos grupos. Para los pacientes produce una gran satisfacción lo inesperado, como es la visita posterior en el hospital, mientras que los profesionales no lo tienen en cuenta. Los pacientes valoran fundamentalmente el trato y la información, es lo que transmiten que les da mayor seguridad y confianza en la asistencia que se les está prestando. Los profesionales, por su parte, dan mucho más valor a la Calidad Científico-Técnica que los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA:

- [1] Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 Informe. Febrero 2006 © Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. Centro de publicaciones
- [2] Estrategia en seguridad del paciente. Recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005. Ministerio De Sanidad Y Consumo. Secretaría Genera De Sanidad. Agencia De Calidad Del Sistema Nacional De Salud
- [3] World Alliance for Patient Safety: forward programme. 2005 World Health Organization ISBN 92 4 159244 3 (NLM classification: W 84.7)
- [4] Estrategia para la seguridad del paciente. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 2006.
- [5] JACAHO Bibliografía: Failure Mode and Effects Análisis. <http://www.jcaho.org/accredited+organizations/patients+safety/fmeca/failure+mode+and+effects+analysis.htm>
- [6] Torres L, Morales JM, Rodríguez S, Castillo JI. Estimación de la incidencia de respuestas humanas en el paciente crítico. *Tempus Vitalis*, 2002; 2(2).
- [7] Astolfo MD. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. *Revista Colombiana Médica*, vol. 36, Num. 2, 2005, pp. 130-133.
- [8] AHRQ Quality Indicators – Guide to Patient Safety Indicators. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2003. Version 2.1, Revision 3, (January 17, 2005). AHRQ Pub.03-R203
- [9] Duarte G, Aguirre-Jaime A. Enfermera amable, paciente satisfecho. Validación de una nueva escala de la satisfacción de los usuarios. *Enfermería clínica*, 2003, 13(1): 7-15.
- [10] Alonso E, Pozo C, Martínez JJ. Percepción de riesgo: una aproximación psicosocial al ámbito laboral. *Revista del INSHT*, 2002, nº 18, pp. 16-20.
- [11] Péculo Carrasco, JA; Rodríguez Bouza, M; Jiménez Cordero, JP; Rodríguez Ruíz, HJ; Mendoza Corro, MA; Gómez Escorza, J. Seguridad Percibida En Pacientes Traslados En Ambulancia Tras Demandar Asistencia Sanitaria Urgente. *TEMPUS VITALIS* 2006; 6(1): 21-22.

AUTOR/ES:

Chocarro González, L; González Fernández, R.; Venturini Medina, C.

TÍTULO:

Representación social de la muerte entre profesionales del Servicio de Urgencias: Una aproximación descriptiva.

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción: La muerte en los hospitales es un hecho social que cuenta en la actualidad con una alta incidencia y con tendencia al aumento. Según el INE en 2003 el 35,76% de personas fallecieron en los hospitales siendo este porcentaje en 2007 del 37,1%. Cabría preguntarse acerca de las razones sociales que impulsan a los pacientes y sus familias a llevar a cabo esta práctica, aunque este estudio se centra en los profesionales sanitarios.

Las enfermedades circulatorias son la primera causa de muerte, seguida de los tumores y las enfermedades respiratorias. Llama la atención la quinta causa de fallecimiento, que bajo el epígrafe de "causas externas de mortalidad" (INE), incluye accidentes de tráfico, caídas accidentales, ahogamientos, drogas, suicidios, homicidios, etc.

La sociedad occidental actual cuenta con características diferentes a los de hace unas décadas. Cabe destacar, la alta individualización argumentada por Ulrich Beck (2003), la anomia identificada por Durkheim y profundizada por Castilla del Pino, y los rápidos cambios que presiden la vida y relaciones sociales, magníficamente descritos por Zygmunt Bauman (2000) a través de la metáfora de los líquidos (modernidad líquida, relaciones líquidas). Cada vez se valora más positivamente la juventud, la belleza, el dinamismo, el optimismo, la competitividad y el manejo en nuevas tecnologías, que apenas dejan espacio para expresar emociones tan básicas como la tristeza, el cansancio, ni por supuesto dejan tiempo para pensar en la posibilidad de que vamos a morir.

Debemos tener en cuenta otras características sociales que marcan el ritmo de nuestras vidas como son los nuevos modelos de familia, la incorporación de la mujer a la vida laboral fuera del hogar y el ritmo vertiginoso de las grandes ciudades, así como el envejecimiento de la población, que conducen al surgimiento de nuevas necesidades en materia de salud-enfermedad-atención para los que las Instituciones y profesionales sanitarios deben estar preparados para dar la respuesta más adecuada.

Este estudio se centra en los profesionales sanitarios, que habiendo sido socializados en las mismas instituciones y cultura que el resto de la ciudadanía, participa de los mismos valores y creencias sociales entre los que destacamos la "negación de la muerte". El fuerte arraigo sociocultural guía los comportamientos de enfermeras y médicos. La falta de formación y entrenamiento en el afrontamiento de la muerte genera sentimientos negativos en estos profesionales, que si bien están altamente cualificados, podrían mejorar la gestión de la muerte de aquellos pacientes, que sin ser paliativos, mueren dentro del hospital.

1.-Objetivos:

- * Identificar sistemas de creencias que guían los comportamientos de los profesionales sanitarios (enfermeros y médicos) ante la muerte de pacientes.
- * Aportar elementos de reflexión para el replanteamiento de las instituciones de salud.
- * Filtrar prenociones y prejuicios presentes en las actuaciones de los sanitarios

2.- Métodos:

Diseño: Estudio transversal descriptivo realizado mediante metodología cualitativa.

Sujetos: Médicos, enfermeras y Auxiliares de Enfermería del Servicio de Urgencias de un Hospital terciario de la Comunidad de Madrid. Muestra: A diferencia del muestreo probabilístico o aleatorio, en el análisis cualitativo la determinación de la muestra depende de la información y no así del tamaño de la población, como ocurre en el análisis cuantitativo. Por ello, el concepto clave para el estudio cualitativo será el de “saturación del discurso”.

Criterios de inclusión: Médicos, Enfermeras y Auxiliares de Enfermería que están trabajando en el Servicio de Urgencias del mencionado Hospital.

Criterios de exclusión: Unidades de Cuidados Paliativos, ya que el personal que trabaja en estas Unidades tiene formación específica en el trato de pacientes terminales. Quedan, asimismo excluidos del estudio, los pacientes moribundos y sus familias así como los pacientes pediátricos.

Técnica de recogida y análisis de los datos: Se han utilizado dos técnicas: “grupos de discusión” y “entrevistas en profundidad”. Para la configuración de los grupos se han tenido en cuenta las variables edad, sexo y cargos de responsabilidad. Los sujetos seleccionados para las entrevistas en profundidad han sido aquellas que cuentan con mayor significado dentro de los diferentes equipos. Se ha hecho un análisis temático de los discursos, mediante programa informático Atlas.Ti, y un análisis interpretativo de los mismos contemplando los objetivos del estudio para posteriormente ponerlos en interacción con el marco teórico de referencia (interaccionismo simbólico), y encontrar de este modo los significantes subyacentes en las conductas del personal sanitario frente al paciente moribundo.

3.Resultados: Se presenta el análisis interpretativo según temas de análisis, así (incluimos unos ejemplos):

* Tipos de muerte: identifican cinco tipos de muerte en el Servicio de Urgencias: la muerte esperada, la inesperada, la drástica, la del donante y la del paciente judicial. En función de esta clasificación las vivencias son diferentes.

* Manera de referirse a los pacientes: al ingresar en el hospital el sujeto es denominado en categorías diferentes, así se refieren a ellos como enfermos, gente, cadáver, o su familiar fallecido.

* Características de la muerte en Urgencias: Todas son desbordantes. La distribución de espacios refleja la actividad desarrollada.

* Comportamientos: Una vez certificada la muerte por parte del médico, éste desaparece y se muestra muy ocupado en otras tareas, y el protagonismo a partir de este momento lo asume enfermería: cuidado directo al moribundo-cadáver y familia. El carácter práctico de la modernidad líquida esta presente en la forma de ejercer el cuidado directo. Se detecta miedo a la muerte entre los profesionales. No suelen hablar de la muerte fuera del hospital y dentro lo hacen con carácter técnico.

* Creencias sobre la muerte: solo los que han pensado en el ámbito privado sobre ella la nombran y afrontan sin prejuicios. Se desea morir de la misma forma en que lo desea el resto de la sociedad civil: en su cama, en su casa, sin dolor y con la familia.

* Sentimientos: frustración, pena, cansancio.

* Marcas de genero: Ningún varón, ni enfermero ni medico ha hecho referencias a cargas o responsabilidades familiares, pero las mujeres sí.

4.- Discusión: Los servicios de Urgencias de los hospitales de agudos tiene como prioridad curar y salvar la vida de los pacientes que acuden a ellos. No están pensados para atender esta demanda emergente, esto es, el hecho de que algunos pacientes acudan allí para morir.

Identificamos prioridades diferentes a la hora de llevar a cabo el trabajo asistencial por parte de enfermeras y médicos: los médicos están muy preocupados en hacer un buen diagnóstico médico, y detectamos en la mayoría de ellos interés por evitar el dolor y sufrimiento, mientras que las enfermeras se preocupan en proporcionar confort, bienestar y todas ellas tratan de evitar sufrimiento al paciente y familia. Detectamos contradicciones entre el componente afectivo y el cognitivo así como rechazo a la muerte. En los equipos podemos identificar los lazos sociales y los conflictos subyacentes, y emergen otras cuestiones que les preocupan como son la eutanasia, el encarnizamiento terapéutico, cuestiones éticas relacionadas con la supresión de medidas de apoyo técnico, y por supuesto cuestiones laborales, sobre todo relacionadas con el síndrome del burnout. La forma de referirse a los pacientes se realiza con desplazamientos metonímicos que pueden ser interpretados desde la posición que adopta cada sanitario al hablar: gente, pacientes, enfermos, cadáver etc.

Las enfermeras refieren que se suelen utilizar un lenguaje muy técnico, sobre todo cuando algunos médicos informan a las familias, y algunas barreras emocionales que impiden al familiar identificar el final de la vida de su ser querido.

Se identifican prejuicios en el afrontamiento de la muerte fruto de su estigmatización social en la momento actual. Asimismo están presentes valores sociales en alza tales como la intimidad, el uso de espacios restringidos fuera de la mirada de los otros y el acompañamiento de la familia en este proceso. La muerte no anunciada, como es el caso de los de pacientes no paliativos, es un hecho de incidencia creciente en los hospitales que genera sufrimiento entre los profesionales. La muerte es rechazada en la sociedad actual, y los sanitarios comparten este valor. Los sanitarios no han sido formados ni entrenados, en su formación básica, en el desarrollo de estrategias de afrontamiento, atención y manejo del proceso de la muerte. Quienes se han formado y reflexionado a nivel personal sobre este evento reconocen tener más facilidad para ser asertivos.

BIBLIOGRAFÍA:

- Allué Martínez, M. <La gestión del morir: hacia una antropología del morir y de la enfermedad terminal.>. Jano, 1985 (653H):57-68.
- Allué Martínez, M. <¿Cómo desearía morir?, súbita o paulatinamente.> Jano, 1988, (821):83-90.
- Allué Martínez, M. <La antropología de la muerte.> Revista Rol de enfermería. Nº 179-180, julio-agosto, 1993: 33-39.
- Allué Martínez, M. <¿Existe la buena muerte?>. Revista Rol de enfermería. Nº 179-180, 1993.
- Allué Martínez, M. < Sobrevivir en la UCI.> Enfermería Intensiva. , 1997; 8(1):29-34.
- Bayés, R., Limonero, J.T., Buendía, B., Burón, E. y Enriquez, N. (1999), <Evaluación de la ansiedad ante la muerte>. Medicina paliativa, 6(4), 140-143.
- Cátedra, M. (2000). < El enfermo ante la enfermedad y la muerte> Política y sociedad, 35; 101-113.
- De Miguel, J. y Marí-Klose, M. (2000). "El canon de la muerte". Política y sociedad, nº 35, 2000, pp. 113-144.
- Gala León, F y col. <Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. Cuadernos de Medicina Forense nº 30- Octubre 2002.
- Gómez Sancho, M (2006). < El hombre y el médico ante la muerte.> Madrid, ARAN
- Hernández Cabrera, G y col. Actitud ante la muerte en los médicos de familia. Sexta Jornada de Bioética. Argentina, Junio de 2004.
- Marí-Klose, M y De Miguel, J (2000) < El canon de la muerte> Política y sociedad, 35; 115-143.
- Fernández Berrocal, P, Extremera, N y Ramos, N. < Validity and reliability of the Spanish modified version of the trait meta-mood scale> Psychological Reports, 94, 751-755
- Perdiguero, E y Comelles, J.M. (2000) <Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina> Barcelona. Ediciones Bellaterra.
- Ramos Campos, F (1981) < Personalidad, depresión y muerte>. Tesis doctoral. UCM.
- Tomas, J. < La medida de la ansiedad ante la muerte en profesionales de enfermería> Enfermería científica Nº 246-247. Sep-Oc 2002
- Urraca, S (1981) < Actitudes ante la muerte (preocupación, ansiedad, temor) y religiosidad. > Tesis doctoral. UCM.

AUTOR/ES:

DELIA GONZÁLEZ DE LA CUESTA, M^a JESÚS BARRADO NARVIÓN, M^a PAZ MAINER SANMARTIN, ISABEL CANO MATEO

TÍTULO:

ESTUDIO SOBRE NUTRICIÓN ENTERAL EN PACIENTES CRÍTICOS

TEXTO DEL TRABAJO:**INTRODUCCIÓN**

Los pacientes críticos precisan que se les administre nutrición artificial para mantener sus necesidades cubiertas. Este tipo de nutrición puede ser por vía enteral o Parenteral. Hay diversos estudios que defienden el uso de una sobre otra; la enteral parece mantener ciertas ventajas como su papel en la prevención de infecciones actuando como una barrera a nivel intestinal.... Sin embargo, la utilización de la nutrición enteral depende en gran medida de si ésta es tolerada por el paciente o no, es decir, si es capaz de asimilarla por vía gastrointestinal. Se ha demostrado que la nutrición enteral es un método eficaz y seguro de nutrir al paciente que se encuentra en situación crítica. Aunque se desconoce cuánto tiempo puede estar un paciente de estas características sin nutrición, el catabolismo acelerado y el ayuno pueden ser deletéreos en el paciente grave y la recomendación más frecuente es comenzar la alimentación artificial cuando se prevea un periodo de ayuno superior a siete días. (1)

Los enfermos críticos están sometidos a un grado de estrés importante que, entre otras situaciones metabólicas, se acompaña de hipercatabolismo exagerado. (2) Tanto es así que, incluso recibiendo terapia nutricional, se desnutren, con pérdidas importantes de la masa muscular; es más, el ayuno no debería tolerarse por más de 4-5 días, ya que por la gran degradación proteica es fácil caer una desnutrición calórico-proteica que condicionará la evolución de la propia enfermedad..

Las manifestaciones clínicas de la desnutrición más frecuentes en el enfermo grave son el incremento de las infecciones nosocomiales, el deterioro de la función respiratoria y el aumento de la mortalidad, las consecuencias de la desnutrición asociada a la ausencia de ingesta oral del enfermo dan lugar a alteraciones de la estructura y función de la mucosa intestinal, a un incremento de la respuesta inflamatoria a la enfermedad y a un aumento de la morbilidad infecciosa.(3)

La nutrición enteral es el modo preferido de administración en los enfermos que necesitan nutrición artificial por ser segura y económica.

En términos de meta análisis, se pone de manifiesto que la NE disminuye la incidencia de complicaciones infecciosas.(4) Sin embargo, el uso de drogas sedantes y analgésicas complican la absorción gastro intestinal de los nutrientes.

La cuestión clave es cuándo iniciar el aporte de nutrientes por vía gastrointestinal para magnificar estos efectos beneficiosos.

Suele ser beneficioso el uso de fármacos procinéticos, sobre todo en pacientes sometidos a sedoanalgesia, que dependen de un respirador artificial. (5).

Dietas enterales

Se pueden agrupar los productos en función de su suficiencia nutricional, del mantenimiento de la integridad de los alimentos que contienen y de la cantidad de proteínas.

Las dietas de nutrición enteral comerciales son mezclas de los tres nutrientes energéticos que forman parte de los alimentos naturales: proteínas, grasas e hidratos de carbono. Además, suelen contener las cantidades necesarias de nutrientes no energéticos (elementos minerales y vitaminas) para cubrir los requerimientos diarios (RDA).(6)

Cuidados de Enfermería.

Diagnóstico: Alteración de la nutrición por defecto relacionado con incapacidad de ingerir o digerir alimentos debido a la situación crítica del paciente (NANDA)

Técnicas de administración nasogastroentérica:

- A) Bolo único
- B) Goteo rápido e intermitente
- C) Gota a gota a bajo flujo continuo

-

.MATERIAL Y MÉTODO

La pregunta que se plantea como objeto de estudio es: ¿hay relación entre la sedoanalgesia a la que están sometidos los pacientes críticos y la tolerancia a la nutrición enteral?

Objetivos:

- Analizar el número de pacientes que toleran la nutrición enteral en la primera semana.
- Determinar la analgesia que llevaban los que no toleraban la alimentación enteral
- Determinar la sedación que llevaban los que no toleraban la alimentación enteral.
- Relacionar la tolerancia gástrica y la sedoanalgesia

Método:

MUESTRA:

Se seleccionó como muestra los pacientes ingresados en el año 2007 en la Unidad de Cuidados Intensivos Neuroquirúrgicos con patología susceptible de precisar NE por sonda naso-gástrica convencional. Esta patología se refiere a pacientes politraumatizados y con patología neuroquirúrgica (hemorragias cerebrales, tumores cerebrales...) cuyo estado infiere una situación de coma en la mayoría de los casos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes en situación crítica con patología neurotraumatológica.
- Sometidos a ventilación mecánica.
- Con sedoanalgesia.
- Portadores de sonda nasogástrica (SNG) convencional
- Sometidos a nutrición enteral artificial.
- Ingresados durante más de 7 días.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes críticos que no hayan recibido alimentación artificial enteral.
- Estancia inferior a 7 días en la unidad.
- Todos los que no cumplan los criterios de inclusión

Se estudió un total de 83 pacientes, y se analizaron los datos obtenidos a través del paquete estadístico SPSS 14.0. El método de recogida de datos fue a través de las historias clínicas.

- RESULTADOS

En cuanto a la muestra, se estudiaron 66 casos que cumplían los criterios de inclusión y exclusión establecidos entre los 83 casos seleccionados a priori entre todos los pacientes ingresados en la unidad de Cuidados Intensivos de Traumatología durante el año 2007.

Se trata de una muestra con una media de edad de 53,75 años y una desviación típica de 19, distribuida entre un 68,2 % de hombres y 31,8 % de mujeres. La media de los días que permanecieron ingresados es de 25,12 días con una desviación típica de 15,5.

La sedación y la analgesia siguen la siguiente distribución donde la morfina es el analgésico más empleado en un 64,7% y como anestésico el Propofol® en un 55,9%.

CONCLUSIONES:

Existe relación entre el tipo de sedoanalgesia y el derivado gástrico en pacientes ingresados en cuidados intensivos alimentados con NE a través de sonda nasogástrica.

Los pacientes tratados con cloruro mórfico y propofol® son los que tienen mayor derivado gástrico. Siendo estadísticamente significativa la relación entre sedoanalgesia y derivado gástrico.

Al 90% de los pacientes de la muestra se les administra cinéticos.

Se observa una relación estadísticamente significativa entre la edad y la derivación gástrica. Prueba que se realiza a través de la t de Student.

BIBLIOGRAFÍA:

1.- García Vila B, Grau T. La nutrición enteral precoz en el enfermo grave. Nutr Hosp. 2005; XX (2): 93-100.

2.- Planas M. Nutrición enteral en el enfermo crítico. Rev Rol Enf. 1999; 22 (9): 633-35.

3.- Celaya Pérez S. Guía Práctica de Nutrición Artificial. 2ª Ed. Zaragoza: Ebro libro; 1996.

4.- Casado S, Ayuso D, Blas S, Grau T, Zubillaga S. Incidencia de las complicaciones gastrointestinales secundarias a la nutrición enteral en pacientes críticos. Rev Enf Intensiva. 1997; 8(4): 151-56.

5.- Moreno MA, Alvira F, Ballano MA, Simón C, Romea B, Luque P. Tolerancia a la nutrición enteral en el paciente crítico. Resultado de un protocolo de enfermería. Rev Enf Intensiva. 1997; 8(2): 82-86.

6.- Astudillo JM, Mori P, Aguilar A. Preparados comerciales de nutrición enteral. Metar enferm: 1998; 9: 54-8

AUTOR/ES:

Alicia García Olert, Francisco Javier Miralles Andujar, M^a José Henche, Sara Palma Gómez de la Casa, Luisa Amar Butahar, Carmen Cañada Espinosa, Salvador Hernández de Andrés, Isabel Hidalgo Rey.

TÍTULO:

EVACUACIÓN AÉREA MEDICALIZADA URGENTE DE PACIENTES CRÍTICOS PARA CATETERISMO CARDÍACO: MEDICIÓN DE LA CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA

TEXTO DEL TRABAJO:**INTRODUCCIÓN.**

El cateterismo cardiaco constituye actualmente un instrumento diagnóstico y terapéutico insustituible en el manejo del síndrome coronario agudo. Las guías clínicas más utilizadas en cardiología (American Heart Association, European Society of Cardiology, Sociedad Española de Cradiología,...) establecen la indicación de cateterismo cardíaco en diversas condiciones clínicas relacionadas con el síndrome coronario agudo, respaldadas por un sólido nivel de evidencia.

Pero no todos los centros hospitalarios disponen de servicio de hemodinámica, por lo que eventualmente puede ser inevitable realizar traslados medicalizados de pacientes entre unidades de cuidados intensivos de hospitales distantes. Las ciudades ultraperiféricas de Ceuta y Melilla están situadas en la costa norte del continente africano, separadas de la península ibérica por el mar mediterráneo. Ambas ciudades están dotadas de hospitales comarcales de 3^o nivel, con unidades de cuidados intensivos polivalentes pero carecen de servicio de hemodinámica. En el caso de Melilla, la distancia que separa el hospital comarcal de su centro de referencia para estudios hemodinámicos es de unos 210 km, que sólo pueden salvarse por vía aérea o marítima. Los pacientes que sufren cardiopatía isquémica aguda y que requieren la realización de cateterismo urgente o precoz deben ser trasladados mediante transporte aéreo medicalizado. El personal de enfermería desempeña una tarea esencial en la planificación y realización de dicho traslado.

OBJETIVO.

El objetivo de este estudio es cuantificar la carga de trabajo de enfermería que requieren los pacientes críticos que tienen que ser evacuados mediante transporte aéreo medicalizado para coronariografía, y compararla con la requerida por pacientes trasladados por otros motivos.

MATERIAL Y MÉTODO.

Se realizó un estudio retrospectivo, multivariable, comparativo de los pacientes ingresados en nuestra unidad de cuidados intensivos polivalente, durante los años 2006 y 2007. Para cada paciente se cuantificaron las puntuaciones de 3 sistemas de medición que estiman la carga de trabajo de enfermería: Therapeutic Intervention Scoring System (TISS 28), Nine Equivalentents of Manpower Score (NEMS) y Nursing Activities Store (NAS). La medición se realizó en las 24 horas previas al traslado. Se efectuó análisis comparativo entre los pacientes evacuados para estudio hemodinámico y el resto de los pacientes, empleando el paquete estadístico SPSS® 14.0 para Windows (t de Student para comparación de medias, tras comprobar normalidad mediante test de Kolmogrov-Smirnov y homogeneidad de varianzas mediante prueba F de Snedecor). Se admitió una significación estadística de $p < 0,05$.

RESULTADOS.

Se incluyeron en el estudio un total de 47 pacientes (28 hombres y 19 mujeres) que requirieron traslado interhospitalario entre unidades de cuidados intensivos.

En el grupo de pacientes coronarios trasladados para la realización de cateterismo urgente o precoz tras un evento coronario (17 hombres y 11 mujeres) la media de edad fue de 67,11 años para los hombres y 68,54 años para las mujeres.

En el grupo de pacientes trasladados por otros motivos (11 hombres y 8 mujeres) la media de edad fue de 32,09 años para los hombres y 35,12 años para las mujeres.

Los tres sistemas de cuantificación de cargas de trabajo empleados muestran diferencias significativas entre ambos grupos estudiados:

El valor medio de la carga de trabajo calculada mediante cuantificación del TISS-28 fue de 27,64 puntos (DE:9,07) para los pacientes coronarios y 30,84 puntos (DE:7,5) para el resto de enfermos ($p=0,024$).

La media de NEMS para pacientes coronarios fue de 26,64 (DE:7,91) y para el otro grupo 31,73 (DE:9,1) con $p=0,009$.

La media de NAS en coronarios fue de 50,99 (DE:13,08) y en enfermos restantes de 57,88 (DE:15,3) con $p=0,048$.

CONCLUSIÓN.

Todos los scores de estimación de carga de trabajo analizados reflejaron puntuaciones significativamente menores para los pacientes coronarios trasladados para cateterismo que para el resto de los pacientes. El personal de enfermería que forma parte de un equipo de evacuación aérea medicalizada desempeña una tarea esencial en la vigilancia y tratamiento del paciente crítico durante el traslado. Conocer la carga de trabajo previsible que requieren los paciente a evacuar para la realización de cateterismo cardíaco o por otros motivos puede resultar útil para planificar y realizar estos traslados de forma eficiente y en las mejores condiciones posibles para el paciente.

PALABRAS CLAVES.

Evacuación aérea. Cateterismo cardiaco. Carga de trabajo de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA:

Silber S, Albertsson P, Aviles FF, Camici PG, Colombo A, Hamm C, et al. Guidelines for percutaneous coronary interventions. The Task Force for Percutaneous Coronary Interventions of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J.* 2005; 26:804-47.

Miranda D, Rijk A, Schaufeli W. Simplified therapeutic intervention scoring system: the TISS-28 items-results from a multicenter study. *Crit Care Med* 1996;24:64-73.

Miranda RD, Moreno R, Iapichino G. Nine equivalents of nursing manpower use score (NEMS). *Intensive Care Med* 1997;23:760-5.

Miranda DR, Nap R, de Rijk A, Schaufeli W, Lapichino G; TISS Working Group. Therapeutic Intervention Scoring System. Nursing Activities Score. *Crit Care Med.* 2003;31:374-82.

AUTOR/ES:

Alberto Lana Pérez (Lana A), Paloma Pérez Suárez (Pérez P), María Murciego Gutiérrez (Murciego M), María Luisa López González (López ML)

TÍTULO:

Evaluación de un termómetro timpánico como alternativa al de mercurio en un Servicio de Urgencias hospitalarias.

TEXTO DEL TRABAJO:

Los procesos de atención de enfermería en los Servicios de Urgencias incluyen la toma rutinaria de la temperatura, tradicionalmente medida con termómetros de mercurio. La restricción en la comercialización de dispositivos de medición que utilicen este metal aprobada recientemente por el Parlamento y el Consejo Europeo está obligando a los estados miembros a buscar alternativas que no planteen riesgos medioambientales ni para la salud humana (1). Por esta razón, el termómetro de mercurio ha sido paulatinamente sustituido por otros que además son más rápidos y cómodos, tanto para el personal como para el paciente. Pero las alternativas comerciales disponibles no siempre ofrecen las mismas garantías de fiabilidad y validez (2,3) por lo que los profesionales de enfermería deben realizar estudios para encontrar el dispositivo más adecuado. Por estas razones el objetivo del estudio fue determinar la concordancia entre las medidas de temperatura realizadas con el termómetro tradicional de mercurio y las obtenidas con un nuevo termómetro timpánico de infrarrojos, y estimar si este puede ser una alternativa válida en un Servicio de Urgencias hospitalarias.

La temperatura de 119 pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias del Instituto Nacional de Silicosis (Asturias) durante la primera semana del mes de abril de 2008 fue medida mediante el termómetro timpánico "GeniusTM 2" (oído derecho) y, seguidamente, con el termómetro de mercurio (axila derecha) (4). Una enfermera fue la encargada de realizar las mediciones, para lo que tuvo en cuenta las instrucciones de cada aparato y el procedimiento descrito en los protocolos de atención de enfermería. Otra enfermera fue la encargada de procesar la información en una base de datos SPSS 15.0. La temperatura del termómetro de mercurio fue considerada como gold estándar y tener $t^a > 37^{\circ} C$ fue el punto de corte para realizar clasificaciones dicotómicas. La validez fue medida de forma cuantitativa mediante el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) y por el método de Bland y Altman; y, de forma cualitativa, mediante las proporciones de acuerdo y el índice de Kappa. También se utilizaron los parámetros de sensibilidad, especificidad y los valores predictivos. Se consideró clínicamente relevante una diferencia de temperaturas de $\square 0,5^{\circ} C$.

La media de las temperaturas obtenidas es $0,34^{\circ} C$ más elevada con el termómetro de mercurio que con el timpánico (37,52 vs. 37,18; $p < 0,001$) y los límites de acuerdo al 95% entre los dos dispositivos son $-0,58 - 1,25^{\circ} C$. La reproducibilidad de las mediciones calculada mediante el CCI fue 71% ($p < 0,001$). El acuerdo total fue 90% (acuerdo específico positivo = 68% y negativo = 94%) y el índice de Kappa fue 0,63 ($p < 0,001$). La sensibilidad del termómetro timpánico fue de 54% y la especificidad de 99%, mientras que tiene unos valores predictivos positivo y negativo de 93 y 89% respectivamente.

En nuestro estudio el grado de acuerdo del termómetro timpánico evaluado con el considerado gold estándar en la práctica clínica es bueno, lo que, unido a sus otras ventajas (fundamentalmente rapidez y comodidad para el paciente) (5), lo convierten en una alternativa (6, 7). El rango de los límites de acuerdo es indeseablemente amplio pero podría deberse a la limitación muestral (8). El termómetro timpánico ofrece temperaturas más bajas y esto hace que la sensibilidad de la prueba sea limitada (más del 40% de los que tienen $t^a > 37^{\circ} C$ pasan inadvertidos) (9). Una vez más, el limitado número de mediciones no permite detectar que ocurriría en el caso de temperaturas que impliquen decisiones clínicas importantes pero, a la vista de nuestros resultados, podría interesar incrementar en $0,3^{\circ} C$ la temperatura obtenida con este termómetro timpánico. Son necesarios más estudios que evalúen no sólo en términos de fiabilidad y validez, sino también de eficiencia, los nuevos métodos de toma de la temperatura corporal.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Directiva 2007/51/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 25 de septiembre de 2007 por la que se modifica la directiva 76/769/CEE del Consejo en lo relativo a las restricciones a la comercialización de determinados dispositivos de medición que contienen mercurio. Diario Oficial de la Unión Europea; L257/13 (03/10/2007).
2. Nordås TG, Leiren S, Hansen KS. Can ear temperature measurement be used in a hospital? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2005; 125(20):2763-5.
3. Gilbert M, Barton AJ, Counsell CM. Comparison of oral and tympanic temperatures in adult surgical patients. *Appl Nurs Res* 2002; 15(1):42-7.
4. De la Rubia JA, Aguirre-Jaime A, Fernández AM, Pérez C. Tympanic thermometer. The left or the right ear? *Rev Enferm* 2002; 25(4):50-4.
5. O'Brien DL, Rogers IR, Holden W, Jacobs I, Mellett S, Wall EJ, Davies D. The accuracy of oral predictive and infrared emission detection tympanic thermometers in an emergency department setting. *Acad Emerg Med* 2000; 7(9):1061-4.
6. Christensen H, Boysen G. Acceptable agreement between tympanic and rectal temperature in acute stroke patients. *Int J Clin Pract* 2002; 56(2):82-4.
7. Burnham RS, McKinley RS, Vincent DD. Three types of skin-surface thermometers: a comparison of reliability, validity, and responsiveness. *Am J Phys Med Rehabil* 2006; 85(7):553-8.
8. Ubeda MI, Díez J, Casaní C, Alvarez de Laviada T, Ballester A. Validation of the tympanic thermometer in primary care. *Aten Primaria* 1999; 23(2):91-6.
9. Baeyens H, De Dobbeleer G, Baeyens JP. Validity of the tympanic infrared thermometer in geriatric inpatients. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2001; 32(5):206-9.

Mesa de comunicaciones 8 / Concurrent session 8: Elderly and chronic care

AUTHOR/S:

Reilly SM, Thompson-Isherwood R, Sethi S, Evans S, Premji S, Snowdon A.

TITLE:

A comparative study of evaluating parents' knowledge about child restraint systems in vehicles.

TEXT:

Nurses know that collisions of light passenger vehicles injure, disable and kill infants and children. In fact, collisions represent the leading cause of injury death for Canadians aged 0-14 years of age, and account for 17% of all unintentional injury deaths¹.

The number of children that die and are seriously injured in vehicular collisions demonstrates their susceptibility. Data for 2007 report that 90 Canadian children died and 826 received serious injuries². Since we know that child restraint systems prevent injuries, we can surmise that many of these injuries and fatalities could have been prevented with the proper use of child restraint systems.

Although the human costs remain a primary focus of concern, collisions can also result in considerable financial costs. For example, the economic burden of each severe head trauma to an infant or child, often associated with side impact collisions, is estimated as much as \$300,000 in direct hospital costs and \$5.5 million in lifetime costs¹.

Certainly, these financial costs can exact a considerable price tag for what are highly preventable consequences to vehicular collisions. In 2007, if we calculate direct hospital costs of \$300,000 for each serious injury, the price is an estimated at \$248,000,000.

Nurses are uniquely positioned to reduce these deaths and injuries. They understand how safety education helps parents to take positive action in the furtherance of their children's health. And as providers in prenatal classes, hospital nurseries, elementary schools and public health clinics, nurses have ample opportunity to reach out to these families. Indeed, research indicates that parents and caregivers respond favourably when health practitioners counsel them about the appropriate use of child safety restraints in light passenger vehicles.

According to the World Health Organization (WHO), child restraint systems reduce infant and toddler deaths in collisions by 71% and 54% respectively. Even minimal changes produce results. For example, in 2004, WHO reported that a 13% increase in child restraint systems in the United States led to a 35% reduction in fatal injuries and 17% reduction of all injuries³.

Collisions severely impact on the health of infants and children for two reasons. One is anatomical. The heads of children are proportionally larger with correspondingly higher centers of gravity. This results in poor head control that contributes to skeletal and facial injuries in collisions. In addition, the rib cages of infants and children, unlike that of the adults, provide less protection to the abdominal cavity (liver, spleen and kidneys), and pelvises provide less protection for the bladder. In short, these anatomical features place infants and children at greater risk than their adult caretakers.

At this point in time, the problem with child restraint systems is not technological. Instead, it lies with helping families understand whether, when and how to use child restraint systems. Unlike standard seat belts, which are installed in the factory, the appropriate and correct use of child restraint systems requires a series of knowledgeable after-market decisions by families. First, they have to decide that a child restraint system is important enough to install; next they have to select the appropriate child restraint system for the age, height and weight of their infants and children, and lastly they have to use the child restraint system correctly. Some families find these decisions particularly challenging. They require help in making these decisions.

Another reason why collisions impact differently on children concerns the characteristics of factory-installed seat belts. Designed for older children and adults, these belts have the tendency to ride up and injure the abdomens of children. This often causes lumbar or sacral fractures. Indeed, children two to five years of age using manufacturers' shoulder and lap belts are 3.5 times more likely to have a significant injury and 4.2 times more likely to have a head trauma than comparably aged children using an appropriate and properly installed child restraint systems.

Some parents nevertheless deliberately chose not to follow guidelines on whether to use age-appropriate child restraint systems. This is particularly the case when it comes to the use of booster seats. In one study⁶ of 70 families, parents typically blamed their lack of education about child restraint systems on misinformation. They offer several different reasons for their decision: 46% percent state that their children are too large for booster seats; 21% admit they seldom need it; 11% state it presented too many hassles; 7% declared that they forgot; and 4% indicated that their children did not like booster seats.

Parental reluctance to use booster seats is further aggravated by the lack of agreement among all jurisdictions to demand mandatory use of booster seats. In Canada, the majority of families are not legally obligated to use booster seats¹.

This seems an appropriate moment to distinguish between the three different kinds of child restraints. The infant car seat is one. Depending on the age, length and weight of the infant, parents first place their infants face backwards, and later forwards when they are sufficiently bigger and older. Another is the booster seat, which is for children, from about 4 to 8 years of age, and up to 37 kg and 145 cm.. The last is the factory-installed seat-belt.

The transition for children to move into booster seats is the most problematic. When it comes to the time for children to move into booster seats, research⁷ shows that parents often lack a clear, appropriate and consistent understanding of when to introduce the booster seat. Some believe that the larger size of booster seats made them more secure so they prematurely moved their children into booster seats. Other parents misunderstand the rules for moving their children out of booster seats into factory-installed shoulder and lap belts. When asked the rules for moving children into booster seats, they know the correct age and weight for such a move, but they had much less accurate information when it came to moving children into lap and shoulder seat belts. Most families thought that how well the children behaved determined the decision. Even if the children weighed less than 38 kg or were less than eight years of age, families believed that the children could be taken out of booster seats, if they behaved themselves.

Of course, there is also the proper matter on how to install child restraint systems. The Calgary Health Region has studied the subject from a local perspective⁸. It concluded that sixty-three percent of families improperly used rear-facing infant seats. When infants became one year of age or reached 10 kg., they graduate into forward-facing infant seats. Eighty percent of families in the health region improperly used such seats. When children achieve eight years of age or reach 18 kg., they appropriately belong in booster seats. As a result, the region determined that 19% of regional families improperly used booster seats.

Transport Canada supports these data². It reports that misuse ranges from, 44% to 81% for infant seats and 33% to 50% for booster seats. When it comes to the installation of child restraint systems, Transport Canada has also conducted research on the intelligibility of the instruction manuals or labels. Findings indicated that participants displayed a strong tendency to place infants in forward-facing positions, irrespective of their size and cautions by the manufacturers. Although this seems counter-intuitive, familiarity with child restraint systems actually increases user error. It seems experienced users are less likely to read instructions. In short, both inexperienced and experienced parents improperly use child restraint systems for infants, even in controlled conditions, when provided appropriate instructions.

Our study discusses the differences between two patient safety approaches in educating parents about child restraint systems. One is the more traditional print-oriented approach, entirely reliant on brochures, to patient teaching. The other consists of a multi-component injury prevention approach. The multi-component approach uses a combination of different media, including a children's storybook, a manual for using the storybook, a CD ROM for instructing parents, fact sheets for later reference and a growth chart corresponding to the weight and height for each child restraint system.

The study employed a quasi-experimental, pre-post-test design to determine the effectiveness of a standard educational intervention on parents' knowledge and self-reported use of child restraint systems. Prior to receiving the educational materials, parents completed a pre-test questionnaire to determine their baseline knowledge and practices. Six weeks later they completed the same questionnaire, modified for a telephone interview.

The researchers randomly assigned participants to either the traditional or multi-component injury prevention approach. Furthermore, to assure any differences resulted from chance and not investigator intent, researchers blinded both participants and research associates to treatment arm allocation. Subsequent analysis indicated that the two groups appeared equivalent on associated factors, including socio-economic status, ethnicity, education and parenting experience.

The findings indicate that parents have a patchwork or selective understanding about child restraint systems. That is, prior to participating in the study they demonstrated some knowledge about the age and weight criteria for moving an infant into a forward-facing restraint position and some knowledge regarding the height required for a booster seat. On this last point, a MANOVA indicates a significant difference ($p < .05$) regarding knowledge about height between the two groups. That is, the parents in the treatment group demonstrated a significantly higher level of knowledge regarding the height criterion for all child restraint systems than the parents in the control group.

This study advances our understanding of how to educate parents regarding a significant public health problem. We know that upwards of 81% of Canadian parents lack the knowledge about when to place their infants and children in different child restraint systems. Furthermore, we know that a 13% increase in the proper use of child restraint systems results in 35% less fatal injuries and 17% all other injuries. The information that parents, exposed to a multi-component educational program, can increase their knowledge holds promise for health educators. It remains to test the effect of individual components to select the most advantageous for different populations regarding selected factors.

BIBLIOGRAPHY:

1. Leitch KK.. Reaching for the top: A report by the advisor on healthy children & youth. Ottawa: Statistics Canada; 2008. Available from: http://www.hc-sc-gc.ca/hl-vs/pubs/child-enfant/advisor-conseillere/index_e.htm
2. Transport Canada. Canadian motor vehicle traffic collision statistic: 2007. Ottawa: Transport Canada; 2007. Available from: <http://www.tc.gc.ca/roadsafety/tp/tp3322/2007/menu.htm>
3. World Health Organization. World report on road traffic injury prevention. Geneva: World Health Organization; 2004. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention
4. Howard AW. Automobile restraints for children: a review for clinicians. Canadian Medical Association Journal. 2002; 167(7): 769-773.
5. Valent F, McGwin G, Hardin W, Johnston C, Rue L. Restraint use and injury patterns among children involved in motor vehicle collisions. The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care. 2002; 52(2): 745-751.
6. Ramsay A, Simpson E, Rivara FP. Booster seat use and reasons for nonuse. Pediatrics. 2000; 106(2): e20. Available from: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/106/2/e20>
7. Zaza S, Sleet DA, Thompson RS, Sosin D M, Bolen JC, Task Force on Community Preventive Services.. Reviews of evidence regarding interventions to increase use of child safety seats. American Journal of Preventative Medicine. 2001; 21: 31-43.
8. Calgary Health Region). Kidsafe Connection. Preventing childhood injuries: Car seat & booster seat safety. Calgary (Alberta): Calgary Health Region; 2002. Available from: <http://www.calgaryhealthregion.ca/hecomm/IPC/carseat.htm>
9. Snowdon A. Enhanced child safety in automobiles. AUTO21 Research Study. Windsor (Ontario): funded by University of Windsor Networks of Centres of Excellence; 2005.

AUTOR/ES: Mendes, IM
TÍTULO: Lived experience of first-time fathers to the postpartum period
<p>TEXTO DEL TRABAJO:</p> <p>INTRODUCTION</p> <p>Nowadays, in the contemporary societies, fathers and mothers tend both to assume an active role in the child-bearing process and care of their sons. So, the wellbeing of the new family pass firstly to the wellbeing of the mother and child that are in a integral process of adaptation, and secondly from the wellbeing of the fathers that are also adjusting with their own transition to parenthood (1,2,3,4,5,6).</p> <p>Postpartum period is a time of transition, of adjustments to the parental role. This transition calls for changes, in a couple's role relationships, especially in the first- time fathers.</p> <p>At present, father's tend to be more involved in the paternal role, knowing the importance of their role in the attendance of the development of their infants and to established a more affective relationship with them(7,8). On the whole, it can be assumed that the parenthood role, in its conception and cognitive representations is a pluri relationship has being cultural, circumstantial, temporal and interpersonal (9) that enable the man, in his subjective experience a deeply meaning of life.</p> <p>The purpose of this study is to understand the experiences as lived by the first-time fathers as they adjust in the post partum period.</p> <p>MATERIAL AND METHODS</p> <p>Design: Qualitative study using the descriptive phenomenological approach of Giorgi (10).</p> <p>Participants/Sample: The participant inclusion criteria of the intentional sample were: first-time fathers of a newborn at term; paternal age between 18 and 35 years of age; with at least first degree of education; in a regimen of cohabitation and without mental health disturbance. The inform consent was obtained during the hospitalization of their partner after childbirth. Saturation of data was obtained with a group of 25 first-time fathers, concerning the principle of adequacy (11) using unstructured interviews in the father's home place.</p> <p>Data analysis/data validation: Data were analyzed using the descriptive-phenomenological Giorgi's Method. first we get the sense of the whole descriptions, than emerged the meaning units, and finally it will be described the essential structure(s) with the key constituents. The study was ensured by the four general criteria of Lincoln and Guba's model trustworthiness: credibility, applicability, consistency and confirmability (12).</p> <p>EMPIRICAL FINDINGS</p> <p>The data were referred to the concrete descriptions of the fathers' lived experiences of their adjustment to the paternal role in the different contexts of the postpartum period: interaction with the baby; conjugal relationship; large family relationship and the support of the health professional.</p> <p>Two essentials structures emerged from the meaning units of the experiences of the first-time fathers adjustment to the postpartum, the first described a positive experience and the second one a negative experience. From the positive key constituents we highlighted: the pregnancy and the birth as periods of transition to the parental role; getting to know the baby; the sense of responsibility to the parental role; the sense of fulfilment of masculinity with the integration of the paternal role; the sense of family; the greater cooperation of the couple in the home tasks, greater couple union; the emotional and instrumental support of the paternal grandfather; strengthening of the familiar relationship. As negative key constituents: insecurity and inexperience in baby care; experiencing of parenthood as an exhausting experience with emotional vulnerability that is labelled as a period of lack of time to take care of oneself; less time for the couple and less social activity. The health professional's support it did not come up to fathers needs/expectations.</p>

On the whole, and taking account of the different context in the perspective of the experiences by the first-time fathers to its process of parental adjustment in the postpartum we would like to underline:

- In the experience of the interaction with the baby the process of parental adjustment is improved by the happiness feelings, joy, gratuity and emotional well-being of both parents, by breastfeeding while form of proximity and attachment with the baby and the communication with the baby. The negative experiences relate themselves with the inexperience in taking care of children, revealed by the unreliability in the development of the caring and relational abilities.

- In the experience of parenthood they had been express as help elements to the adjustment process, the feelings of personal accomplishment, responsibility, of chance of personal development, the conscienceless of the generational continuity and the sense of fulfilment of masculinity with the complete integration of the paternal role.

- In the experience of the conjugal relationship, the parental adjustment is facilitated by the social support of the partner, determinant in the acceptance of this new identity. Despite the lesser time for the couple, and the lesser social conviviality, they mention the union of the couple as a structural element to the parental adjustment.

In what concerns to the affective/sexual relationship, the participants had disclosed to the existence of a more affectionate communication and a bigger proximity to each other. This proximity was considered a positive experience in the reinforcement of the unity and a consequence to the parental adjustment.

-In the experience of the context of the widened family the considered help elements to the parental adjustment had been: the biggest involvement of the maternal grandmother, the proximity of the maternal and paternal family and, in the absence of this, the possibility of the social support of close friends and neighbours.

- In the experience of the Health context, the needs and expectations felted by the fathers participants face to the health care system were: one about the technical and relational support and another about the necessities and expectations face to the support of the health professionals, especially to midwives.

It is to underline that the participants had related that these are far beyond of its necessities/expectations, suggesting more relational and technical support from the health professionals, nominated midwives and psychologists. They had mentioned the importance of the domiciliary visit, telephonic support line, and groups of support in the Maternities or Health Centres as aspects that would facilitate its process of parental adjustment in the postpartum.

DISCUSSION

The results of this study have to be seen in the light of the participants who are living this process in their lives as first-time fathers. If we now turn to the phenomenological findings, we can see that the parental adjustment is an important experience and life event for individual fathers as evidenced by the feelings reported here.

The postpartum marks the start of a new relationship with the baby but also brings about changes in others relationships especially with the couple. These changes in the couple relationships suggest the importance of contextualizing the transition to parenthood and of considering men's feelings in the wider context of their relationships (13,14).

The above results are positive and noteworthy for the work of midwives. So I would like to share that despite the limitations of the study, in terms of its implications we detach the following aspects:

- The process of parental adjustment is experienced intensively and is facilitated with the involvement of the family in the postpartum period. In this direction, a partnership of cares between these family elements and equips of nursing and midwives seems to us basic for the guarantee of the quality of caring to the mother, to the father and child.

- The right implementation of a more systematic support on the part of other professionals of health nominated psychologists and psychiatrists, in the accompaniment of situations of risk in this postpartum period is also suggested.

- The implementation of the domiciliary visit is a basic element for a more interceptive practical of midwifery next to the woman and respective family in the postpartum.

CONCLUSIONS:

This study using the phenomenological method proposed by Giorgi provides the researcher a deep understanding of the needs of first-time parents with the essential structures of the process of paternal adjustment in the period of the post-partum, and generate implications to midwifery interventions to improve it, specially the postpartum home visit, support groups in the Health Centres and maternities, and a maternity postpartum phone line as suggested by the participants (15). In the perspective of phenomenology approach further research is needed to map prospectively the evolution of the paternal adjustment process across the first year of life of the child.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1 - Lamb ME. The role of the father in child development. New York: Wiley; 1997.
- 2 - Figueiredo B; Costa R; Marques A; Pacheco R; Pais A. Envolvimento emocional inicial dos pais com o bebé. Act Pediátri Port. 2005;36(2-3):121.131.
- 3 - Mendes IM. Ligação materno-fetal. Coimbra: Quarteto Editora; 2002.
- 4 - Barclay L; Lupton D. The experiences of new fatherhood: a socio-cultural analysis. J Adv Nurs. 1999;29(4):1013-20.
- 5 - Canavarró MC; Pedrosa AA. Transição para a parentalidade: compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In: Leal I. editors. Psicologia da gravidez e da parentalidade. Lisboa: Fim de Século, 2005; p. 225-255.
- 6 - Martins AL. Os pais e os cuidados clínicos ao filho na maternidade: uma reflexão durante o ensino clínico. Sinais Vitais. 2002;42: 21-24.
- 7 - Anderson AM. Factors influencing the father-infant relationship. J Family Nurs. 1996; 2(3): 306-324.
- 9 - Shapiro JL. When men are pregnant: needs and concerns of expectant father. New York: Dell publishing; 1997.
- 10 - Giorgi A. The theory, practice and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. J Phenom Psy. 1997;28(2):235-247.
- 11 - Morse J; Field P. Nursing Research: the application of qualitative approaches. 2ed United Kingdom: Nelson Thornes Ltd; 2002.
- 12 - Guba EG; Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin NK; Lincoln YS editors. Handbook of qualitative research. Thousands Hanks CA : Sage, 1994; p. 105-117.
- 13 - Grossman EK; Eichler LS; Winickoff SA. Pregnancy, Birth and Parenthood adaptation of mothers, fathers and infants. San Francisco: Jossey-Bass; 1980.
- 14 - Woollett A; Parr M. Psychological tasks for women and men in the post-partum. J Rep Infant Psycho. 1997;15: 159-183.
- 15- Mendes IM. Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto [PhD Thesis]. Porto: Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto; 2007.

Mesa de comunicaciones 9 / Concurrent session 9: Using evidence in practice

AUTHOR/S:

Anne M. Chang

TITLE:

Development of a self-efficacy based program for promoting evidence-based practice.

TEXT:**Abstract**

While evidence-based practice is widely recommended for use by all health professionals, non-evidence based practice continues. This paper focuses on internal factors that are barriers to evidence-based practice, while recognizing the importance of external factors such as leadership and resources (Grutters et al, 2007). A major internal barrier to the use of evidence-based practice is lack of knowledge, but equally disadvantageous in attaining such change in behaviour is the perception of limited capability in performing this behaviour as well as the low expectations of the benefits accruing from EBP. According to self-efficacy theory both the confidence that one can perform a behaviour and the recognition of the benefits of this behaviour if performed, are essential in facilitating the uptake of EBP. This paper discusses the process used in developing a program for promoting evidence-based practice (EBP) by nurses and midwives based on: a) path analysis of nurses/midwives' EBP self-efficacy data and b) a self-efficacy based theoretical framework.

Six steps were used in developing a theory based program for promoting EBP behaviour (Hrisos et al, 2008). Step 1 delineated evidence-based practice as the behaviour for focus; and in Step 2 the theoretical framework of self-efficacy was selected for developing the program. Step 3 entailed the use of path analysis of data from a study on 150 nurses/midwives on EBP self-efficacy to determine the variables influencing EBP that should be included in the program promoting EBP. Step 4 required the matching of strategies for changing behaviour that were consistent with the theoretical framework and feasible to implement. At Step 5 selections were made of the strategies for delivering the program for the behaviour change based on self-efficacy theory information sources: social modelling, mastery experience, social persuasion and awareness of emotional and physiological responses. Step 6 outlined the detail of the different components of the program for promoting EBP.

Path analysis coefficients indicate that a higher level of self-efficacy in identifying problems (0.27) was associated with being older. Those with higher levels of self-efficacy in finding evidence were more likely to be younger (-.23), and have attended courses in computing (.17), literature searching (.19), and research (.19). Greater self-efficacy in appraising evidence was associated with previous courses in computer use (.27), being older (.23) but with less clinical experience (-.20). A higher level of self-efficacy in applying evidence was linked to attendance at courses in EBP (.18) and computer use (.18). Those with higher self-efficacy in evaluating EB practice were more likely to be older (.31) and have attended courses in EBP (.22) and computing (.21). Greater knowledge in EBP was associated with being younger (-0.22) and attending courses in EBP (0.22) and literature searching (0.21). Higher levels of outcome expectancy for using EBP were found for those who had higher self-efficacy in problem identification (.27) and applying evidence (.41).

The findings indicate that courses for developing EBP knowledge and self-efficacy need to take account of the age of nurses/midwives as well as their previous work experience and education. A variety in the age and experience of models depicting success in using EBP are needed to engage clinical staff in developing EBP knowledge and skills. Programs for developing EBP need different timeframes for enabling staff of all ages to master EBP skills, as well inclusion of material demonstrating the benefits in using EBP to increase their expectations that EBP is worthwhile. The clinical implication of the findings and their application to a theory based program for promoting EBP self-efficacy, knowledge and skills is that staff participating in such a program will be more empowered to provide evidence-based care to their patients, thereby raising the quality of care.

BIBLIOGRAPHY:

Grutters JPC, van der Horst F, Joore MA, Verschuure H, Dreschler WA & Anteunis LJC. Potential barriers and facilitators for implementation of an integrated care pathway for hearing-impaired persons: an exploratory survey among patients and professionals. BMC Health Serv Research. 2007; 7: 57.

Hrisos S, Eccles M, Johnston M, Francis J, Kaner EFS, Steen N & Grimshaw J. (2008). Developing the content of two behavioural interventions: Using theory-based interventions to promote GP management of upper respiratory tract infection without prescribing antibiotics. BMC Health Services Research. 2008; 8:11

AUTHOR/S:

A.M. Knops, A. Goossens, M.P.M. Burger, L.J.A. Stalpers, D.T. Ubbink

TITLE:

Simplifying the communication of evidence on treatment benefit and harm to the patient

TEXT:

After surgical treatment of patients with stage I intermediate risk endometrial cancer, postoperative radiotherapy (PRT) is the presently established therapy to prevent tumour recurrence in the pelvis. The aim of this study was to find a helpful means to communicate the benefit and harm of PRT as compared to no adjuvant treatment, in order to clarify the available evidence on the consequences of PRT for these patients.

PubMed was searched for RCTs comparing PRT versus surgery alone to obtain evidence on possible beneficial and harmful effects. Outcome measures of treatment benefit were expressed as 'absolute risk reduction' and treatment-induced harm as 'absolute risk increase'. These parameters were used to calculate the size of five outcome groups: patients who have 'full benefit' (group 1), 'benefit with harm' (group 2), 'neither benefit nor harm' (group 3), 'no benefit but harm' (group 4) and 'full harm' (group 5).

The evidence found on treatment effects was based on two RCTs, including 1107 patients. Using these data for the group classification, we could illustrate that 90 out of 1,000 patients will be spared a local recurrence because of the additional radiotherapy (group 1). The remaining 910 out of 1,000 patients will not benefit from PRT in terms of a prevented local recurrence, but 33 of them will suffer from severe complications (group 4). An additional 5 women will die because of radiotherapy-induced harm (group 5). In 872 out of 1,000 patients local recurrences will not be prevented by PRT, but also no serious harm is induced (group 3).

This way of presenting evidence illustrates that, in comparison to no adjuvant treatment, PRT is neither beneficial nor harmful for the great majority of patients. This model presents complicated evidence in a transparent manner and can be a helpful tool in the communication to patients in daily clinical practice in order to facilitate informed decision making

BIBLIOGRAPHY:

April 2007: Master's degree in the science of Medicine

April 2007-2011: PhD project on the implementation of evidence-based practice in clinical practice and communication of evidence to the patient

AUTHOR/S:

12th International Nursing Research Conference
6th Biennial Joanna Briggs Colloquium

Cordoba, November 12th – 15th 2008 Oonagh Cameron, Clinical Effectiveness Coordinator

TITLE:

Doors to manual - the journey of creating and embedding a local practice manual using JBI in Scotland

TEXT:

Beginnings

Baseline survey confirmed the need for pertinent, cohesive and current evidence based procedural guidelines in NHS Forth Valley that would support and enhance clinical practice. The alliance between JBI, NHSQIS and NHSScotland provided access to the tools to enable the rapid development of a dynamic procedure manual that would be readily available to clinicians. Local facilitators were identified, given a clear remit and the autonomy to progress the work.

Consultation

Following training in the application of JBI tools and resources, the facilitators engaged with all lead and speciality clinicians in a wide range of formats to identify the scope and content of the procedure manual. Consensus confirmed the desire for a single system, generic resource that would unify practice in both acute and primary care settings.

Producing the manual

Using the JBI manual builder, the local facilitators initially produced and circulated a draft manual in PDF format for wide and diverse consultation. Each speciality was actively encouraged to comment and provide reference to existing ratified NHS Forth Valley policies, guidelines, products and equipment. Significant feedback was received both verbally and in writing. This enabled localisation and promoted ownership of the procedure manual and was used to populate the final live document.

Launch

High profile was given to the launch of the document via an intensive communication and publicity strategy including staff news, posters and presentations. To encourage electronic access a direct link to the JBI log-in page was provided through Forth Valley intranet. Training on navigating the JBI site and resources was made freely available by a series of workshops and ongoing initiatives.

Challenges

The facilitators shared their experience and advised JBI of anomalies and challenges encountered during the process which included sourcing and cataloguing care bundle. Issues around complex passwords, local identity and the unexpected resources needed to support the production, launch and sustainability of the manual were also highlighted.

Progress

JBI tools have enabled NHS Forth Valley to rapidly produce a universally endorsed procedure manual that has been embraced by multi-disciplines across all areas of clinical practice. Initial comment suggests the document has provided an invaluable, credible source of evidence with the potential to eliminate variation in practice. JBI provides data on how often the manual is accessed electronically however it is unclear how many users utilise hard copies. A qualitative evaluation to gauge user opinion on the ease of use and impact on clinical practice will be undertaken in Autumn 2008

Conclusion

Giving local facilitators a clear objective and freedom to act has enabled NHS Forth Valley to be the first NHS Board in Scotland to develop and implement an online procedure manual using JBI Connect. This practical tool provides clinicians with a readily available evidence base to guide their practice. The process of producing the manual has undoubtedly raised awareness of JBI and its applications and disseminating this experience nationally has provided the JBI network of facilitators with practical guidance and shared learning. The speed and ease of developing the manual and the capacity for localisation has contributed to its successful implementation and adoption into day to day practice.

Mesa de comunicaciones 10 / Concurrent session 10: Formación pregrado en enfermería

AUTOR/ES:

Bernalte, A.; Miret, M. T.; Lupiani, M.; Gala, F.; Dávila, J.

TÍTULO:

La formación de enfermeros una tarea percibida como problemática por los ex - alumnos

TEXTO DEL TRABAJO:

1. Introducción.

La preocupación por la formación recibida y la falta de continuidad en nuestra escuela de enfermería, dado la falta de oferta de posgrado, creemos que es percibida de diferentes formas por los egresados, por ello durante varios años hemos tenido un cierto feed - back con algunos de ellos elegidos al azar.

2. Objetivo.

Conocer la percepción de los ex – alumnos en cuanto a la Diplomatura de enfermería cursada, entendiendo esta en nuestra / su escuela como el final de su formación en la misma.

3. Métodos.

El análisis realizado ha sido de tipo cualitativo, epistemológicamente hermeneúutico , aplicando el análisis del discurso de los ex - alumnos.

El Universo, han sido los alumnos que han realizado su formación académica como estudiantes de enfermería en la Escuela de Algeciras, y que han contactado con algún miembro del Equipo de investigación CTS – 386 sea por necesidades formativas y/o investigadoras, y que hayan finalizado sus estudios en los cursos 2004-5, 2005-6 y 2006-7.

La Muestra, la constituyeron tres alumnos de cada una de estas promociones.

La Técnica, utilizada para el presente estudio, ha sido la entrevista, que hemos preferido que no fuera estructurada, sino semiestructurada, realizando el diseño de un guión de entrevista que establecía los siguientes ítems:

1. El período formativo te parece corto para tus necesidades actuales;
2. La percepción del tiempo en tu período formativo fue de carga asumible o sobrecarga;
3. Hiciste un esfuerzo similar al profesional, mayor o menor;
4. Crees que la duración de la carrera te permitió asentar los conocimientos y habilidades;
5. Disfrutaste con el aprendizaje;
6. Que hubieras cambiado, de poder, en tu período de formación.

La opción de la entrevista semiestructurada fue consensuada dado que permitía que el ex - alumno se expresara realizando de forma personal la construcción del discurso, y enfatizando en el aquellos nodos o aspectos que le parecían más importantes

4. Resultados.

Una vez comparadas las respuestas emitidas por los ex alumnos a los items que les habíamos presentado, encontramos:

- * una coincidencia al respecto del período formativo que en general les parece corto;
- * en cuanto a la percepción del esfuerzo en el período formativo, la variabilidad va desde la sobrecarga a la ausencia absoluta de esfuerzo;
- * la comparación con el iniciado periplo profesional, consideran más esfuerzo el académico, aunque lo que desbalancea por el otro lado es la responsabilidad como profesional;
- * sobre la duración de la carrera, consideran que está mal diseñada, implica un número de horas tal que "ni haces vida" ni te permite asentar los conocimientos;
- * hay coincidencia en que apenas disfrutaron con el aprendizaje, debido en parte al ambiente, y como aspecto general no excesivamente contentos con el grupo (clase) y la convivencia en él;*
- sobre los cambios que hubieran realizado, desde parte del profesorado a la organización, que consideran nefasta, y que ha sido punto de referencia permanente en las respuestas.

5. Discusión.

De las aportaciones podríamos extraer lo siguiente: la relación que establecemos con los alumnos quizás no permite un feed-back efectivo que mejore la relación o interacción educativa; los contenidos y los tiempos en la carrera están desfasados desde hace años; la organización dificulta a los alumnos el aprendizaje y ello comporta una situación de peligrosa: de aprendizaje / olvido, y bisoñez.

6. Conclusiones.

1. Lo antedicho debe implicar para nosotros los docentes una seria reflexión, sobre nuestros programas, las técnicas que empleamos, también nuestras actitudes,... etc, en fin sobre nuestra praxis de la docencia.
2. La visión desde caótica en unos momentos, asfixiante en otros y de una liberalidad en otros invita también a reflexionar, sobre ella y aportar soluciones (¿quizás consensuadas con los alumnos? para no reinterpretar una institución total).
3. La posibilidad que los alumnos de enfermería de nuestro país tienen en la mayoría de Universidades y por lo tanto en sus departamentos de realizar posgrados ofrece una continuidad que es demandada per se (¿por qué los nuestros no?, y por los que finalizan sus estudios.

BIBLIOGRAFÍA:

- Alonso, L. E. (1998). "La mirada cualitativa en Sociología. Una aproximación interpretativa". Madrid. Ed. Fundamentos.
- Beltrán, M. "Cinco vías de acceso a la realidad social" en García, M.; Ibáñez, J.; Alvira, F. (1989). "El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación". Madrid. Alianza Editorial.
- Beltrán, M. (1991). "La realidad social". Madrid. Ed. Tecnos.
- Berger, P.; Luckmann, T. (1995). "La construcción social de la realidad". Buenos Aires. Ed. Amorrortu.
- Bericat, E. (1998). "La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social". Barcelona. Ariel Sociología.
- Creswell, R.; Godelier, M. (1981) "Útiles de encuesta y de análisis antropológicos". Madrid. Ed. fundamentos.
- Del Rincón, D.; Arnal, J. y otros. (1995). "Técnicas de investigación en Ciencias Sociales". Madrid. Ed. Dykinson.
- García, M.; Ibáñez, J.; Alvira, F. (1989). "El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación". Madrid. Alianza Editorial.
- Goffman, E. (1992). "Internados". Buenos Aires. Amorrortu Editores.
- Rabinow, P. (1992). "Reflexiones sobre un trabajo de campo en Marruecos" Madrid. Editorial Júcar Universidad.
- Ruiz, J. I. (1999). "Metodología de la investigación cualitativa". Bilbao. Universidad de Deusto.
- Taylor, S. J.; Bogdan, R. (1996). "Introducción a los métodos cualitativos de investigación". Ediciones Paidós. Barcelona.
- Van Dijk, T. [compilador] (2000). "El discurso como estructura y proceso. Estudios sobre el discurso, una introducción multidisciplinaria" Volumen I. Barcelona. Gedisa editorial.
- Van Dijk, T. [compilador] (2000). "El discurso como interacción social. Estudios sobre el discurso, una introducción multidisciplinaria" Volumen II. Barcelona. Gedisa Editorial.

AUTOR/ES:

Joaquín Tomás-Sábado y Amor Aradilla Herrero
Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat. Universitat Autònoma de Barcelona

TÍTULO:

Inteligencia Emocional y riesgo suicida en estudiantes de enfermería

TEXTO DEL TRABAJO:**Introducción**

Según los datos disponibles en el Statistical Abstract de los Estados Unidos, 17.100 americanos de entre 15 y 44 años murieron en 1991 debido al suicidio, estimándose que el suicidio en estudiantes universitarios se había triplicado en los últimos 25 años y era un 50% más alto que el de otros jóvenes de la misma franja de edad. Parece ser que los estudiantes de enfermería pueden presentar un riesgo de suicidio aún mayor debido a que desarrollan elevados niveles de ansiedad y estrés ante las dificultades para adaptarse a un riguroso programa académico en el que deben compaginar teoría y prácticas [1]. Además, la especial susceptibilidad al suicidio detectada en la profesión enfermera y el hecho de que los estudiantes de enfermería se vean frecuentemente expuestos, en el transcurso de sus prácticas clínicas, a situaciones de sufrimiento y muerte, ante las cuales cuentan con escasas estrategias de afrontamiento emocional, permiten aventurar la hipótesis de que estos estudiantes son especialmente vulnerables a la aparición de ideas autolíticas.

En las últimas décadas, se ha prestado un interés especial dentro de la Psicología al estudio de las emociones y al papel que desempeñan en el funcionamiento psicológico de las personas, especialmente en las reacciones individuales y en la interpretación de la información [2].

El concepto de Inteligencia Emocional (IE) fue introducido por Salovey y Mayer [3] para describir la capacidad de las personas para reconocer, comprender y regular las emociones propias y las de los demás, discriminar entre ellas y utilizar la información como guía de los pensamientos y acciones [4]. Esta definición asume que la IE es una habilidad que comprende tres procesos: percepción, comprensión y regulación de las emociones

Desde esta perspectiva, diversas investigaciones han puesto de manifiesto el papel de la IE como predictor de estrategias adaptativas de afrontamiento ante los acontecimientos vitales y sus consecuencias para el equilibrio emocional, el bienestar y la salud personal. En concreto, la IE se relacionaría con los procesos de adaptación, facilitando las respuestas adecuadas y disminuyendo las reacciones emocionales desadaptativas, facilitando la experimentación de estados de ánimo positivos y reduciendo la incidencia de los negativos [5].

En este contexto, el objetivo de este estudio fue analizar el riesgo suicida y su relación con la inteligencia emocional (IE) en una muestra de estudiantes de enfermería españoles.

Método

Sujetos. Participaron en el estudio 93 estudiantes de enfermería, 75 mujeres y 18 hombres, de una Escuela de Enfermería de la provincia de Barcelona, con una edad media de 20,49 (DT = 3,76) y un rango de 18 a 42 años.

Instrumentos. Los estudiantes respondieron un cuestionario anónimo y autoadministrado que contenía, además de datos sobre la edad y sexo, las siguientes escalas:

- Escala de Riesgo Suicida (RS) de Plutchik [6] en su versión española [7]. La Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS) es un instrumento autoaplicado diseñado para evaluar el riesgo suicida, que permite discriminar entre individuos normales y pacientes con tentativas de suicidio o con antecedentes de ellos. Consta de 15 ítems con respuesta dicotómica (sí/no) que incluyen cuestiones relacionadas con intentos autolíticos previos, intensidad de la ideación actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados. Cada respuesta afirmativa puntúa 1 punto y cada respuesta negativa 0 puntos, de manera que las posibles puntuaciones totales presentan un rango entre 0 y 15. Los autores de la versión española proponen un punto de corte de 6 puntos, de manera que una puntuación igual o superior a 6 indica riesgo de suicidio. Cuanto mayor sea la puntuación mayor es el riesgo.
- Escala de Inteligencia Emocional (Trait Meta-Mood Scale: TMMS-24) del grupo de investigación de Salovey y Mayer [8] en su versión española [9]. La TMMS-24 contiene tres dimensiones de la Inteligencia Emocional: percepción, comprensión y regulación de las emociones, con 8 ítems para cada una de ellas. Los 24 ítems de los que consta la escala tienen formato de respuesta tipo Likert con cinco opciones, desde nunca hasta muy frecuentemente. El análisis de la escala se hace teniendo en cuenta las puntuaciones obtenidas en cada una de las tres subescalas y no la puntuación total.

Procedimiento. El estudio se ajustó a un diseño observacional, transversal, correlacional. Los estudiantes respondieron al cuestionario en sus propias aulas de clase, siendo previamente advertidos que la participación era voluntaria y garantizándose el anonimato y confidencialidad. Los datos fueron tabulados y analizados mediante el paquete estadístico SPSS 15.0, obteniéndose índices descriptivos y coeficientes de correlación de Pearson.

Resultados

En la Escala de Riesgo Suicida (RS) se obtuvo una puntuación media de 3,03 (DT = 2.87), con un rango de 0 a 10. Un total de 13 estudiantes (14%) presentaron puntuaciones de RS iguales o superiores a 6, lo que, según los autores de la Escala, indica riesgo de suicidio. Las puntuaciones de RS correlacionaron significativamente con los tres componentes de la Inteligencia Emocional, de forma positiva con la Percepción ($r = 0,325$) y negativamente con la Comprensión ($r = -0,206$) y con la Regulación ($r = -0,208$).

Discusión

Los resultados de este estudio, aunque exploratorios y preliminares, ponen de manifiesto una relativamente alta incidencia de riesgo suicida entre nuestros estudiantes. Por otra parte, las relaciones del RS con los tres componentes de la IE, siguen una pauta similar a la que se manifiesta en otros estudios entre IE y los indicadores de neuroticismo general, especialmente ansiedad y depresión: mientras que una alta sensibilidad a la Percepción emocional puede producir un aumento del riesgo suicida, la mayor habilidad en la Comprensión y Regulación de las emociones contribuiría a disminuirlo [10]. Estos resultados sugieren la necesidad de incluir en el diseño curricular de enfermería herramientas de aprendizaje y desarrollo de las habilidades de comprensión y gestión emocional, tanto en las clases teóricas como en las prácticas clínicas, de manera que puedan ayudar a identificar y evaluar la aparición de problemas que puedan constituir riesgo de suicidio.

BIBLIOGRAFÍA:

- [1] Mancini J, Lavecchia C, Clegg R. Graduate nursing students and stress. *J Nurs Educ.* 1983;22:329-34.
- [2] Limonero JT, Tomás-Sábado J, Fernández-Castro J. Relación entre inteligencia emocional percibida y ansiedad ante la muerte en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés.* 2006;12:267-78.
- [3] Salovey P, Mayer JD. Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality.* 1990;9:185-211.
- [4] Aradilla A, Tomás-Sábado J. Efectos de un programa de educación emocional sobre la ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería. *Enferm Clin.* 2006;16:321-16.
- [5] Limonero JT, Tomás-Sábado J, Fernández-Castro J. Papel modulador de la inteligencia emocional en la ansiedad ante la muerte. *InfocopOnline* [cited 2007 July]; Available from: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1366&cat=38.
- [6] Plutchik R, Van Praag H, Conte HR, Picard S. Correlates of suicide and violence risk, I: The suicide risk measure. *Compr Psychiatry.* 1989;30:296-302.
- [7] Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marín JJ, et al. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol (Madr).* 1998;61:143-52.
- [8] Salovey P, Mayer JD, Goldman SL, Turvey C, Palfai TP. Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In: Pennabaker JW, ed. *Emotion, disclosure, and health.* Washington: American Psychological Association 1995:125-51.
- [9] Fernández-Berrocal P, Extremera N, Ramos N. Validity and reliability of the Spanish version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychol Rep.* 2004;94:751-5.
- [10] Ciarrochi J, Deane FP, Anderson S. Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences.* 2002;32:197-209.

AUTOR/ES:

EVA M^a CAYETANO MATAMOROS, PILAR CAMPOS CONEJO, JESSICA CAZALILLA CHICA, M^a JOSÉ CASTELLANO VÁZQUEZ, FRANCISCA M^a GARCÍA PADILLA

TÍTULO:

SÍNDROME DE STRESS POR TRASLADO EN LA UNIVERSIDAD

TEXTO DEL TRABAJO:**INTRODUCCIÓN:**

El gran aumento de la población universitaria en los últimos años demuestra que el acceso a una carrera universitaria se ha convertido en la actualidad, en una prioridad para la mayoría de los jóvenes, y no tan jóvenes. En ocasiones, el acceso a estos estudios implica la necesidad de trasladarse a otra localidad diferente a la de origen, lo que supone un gran cambio en la vida de los estudiantes, que puede llegar a ser una gran fuente de estrés. En el caso del alumnado de la diplomatura de Enfermería, esta posible fuente de estrés se sumaría a la ya estudiada en otras investigaciones (Alves et al.,2007; Fernández et al.,2005) causada por la sobrecarga de esta enseñanza, y sobre todo por el impacto de su formación práctica (Antolín et al, 2007; Zupiria et al, 2006,2003; López et al, 2005; Benhunam et al, 2005). En concreto este trabajo está centrado en diagnóstico enfermero de la NANDA, Síndrome de Estrés de Traslado, valorándose su presencia en estudiantes de Enfermería. Investigaciones sobre esta temática en este alumnado o en el de otras titulaciones no han sido localizados en la búsqueda bibliográfica realizada en 4 base de datos: IME, CUIDATGE, CUIDEN Y ENFISPO. La NANDA se define este síndrome como las "Alteraciones fisiológicas o psicológicas como consecuencia del traslado de un entorno a otro", caracterizado por un traslado temporal o permanente, voluntario o involuntario, aumento de los síntomas o enfermedades físicas, dependencia, inseguridad, ansiedad, trastorno del sueño, preocupación, miedo... y relacionado con factores como: aislamiento de los familiares o amigos, falta de soporte adecuado del sistema o grupo, deterioro del estado de salud...

OBJETIVOS:

- Conocer la prevalencia del síndrome de estrés de traslado en el alumnado de Enfermería de nuevo ingreso en la Universidad de Huelva.
- Relacionar este síndrome con variables sociodemográficas, de apoyo familiar y social, características de personalidad.

MATERIAL Y MÉTODO

DISEÑO: Estudio de Prevalencia

POBLACIÓN DE ESTUDIO: Alumnado de primer curso de la diplomatura de Enfermería de la Universidad de Huelva (130), que cumpla la condición de haberse trasladado de domicilio para cursar sus estudios (73 estudiantes).

VARIABLES DE ESTUDIO:

Variables Independientes estudiadas son: edad, sexo, estudios previos universitarios, distancia de su domicilio habitual, actividad laboral.

Variable Dependiente: Presencia o no del Síndrome de estrés de traslado. Para su medición se han utilizado como indicadores:

* Traslado del individuo de su domicilio habitual como consecuencia de su ingreso en la universidad.

*Cambios de comportamiento: trastornos de sueño, cambios en el estado de ánimo, cambios en la alimentación, cambio en los hábitos lúdicos.

* Ansiedad: midiendo la frecuencia de diferentes síntomas típicos: miedo, temor, sudoración excesiva, palpitaciones, agitación, sequedad bucal, dificultad de concentración, dificultad para respirar, llorar con facilidad, fumar y/o beber en exceso, comer poco o compulsivamente...

* Apoyo Familiar y social en el que se mide la presencia de familiares y amigos en el lugar de estudio, contacto frecuente con familiares y amigos y el apoyo familiar percibido por la persona.

* Características de personalidad: Independencia, optimismo/pesimismo, capacidad de afrontamiento, capacidad de organizarse, extrovertido/introvertido.

A cada uno de estos indicadores se le ha otorgado una puntuación, pudiéndose alcanzar una puntuación máxima de 4 puntos. Se ha considerado que a partir de una puntuación de 2,5, la persona tendría el síndrome de stress.

Indicadores		
Traslado	Si/No	1/0
	>5	1
Apoyo Familiar	(3-5)	0,5
	<3	0
Cambios de Comportamiento	(20-38)	1
	(10-20)	0,5
	<10	0
Personalidad	(7-11)	1
	(4-7)	0,5
	(<4)	0

Se ha valorado la presencia de todos estos indicadores al inicio del curso, y en el momento de la cumplimentación del cuestionario.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS:

Se ha realizado una encuesta presencial autoadministrada consistente en un cuestionario de 26 preguntas cerradas de respuesta múltiple y dicotómicas, y 3 preguntas abiertas. Previamente se ha sometido dicho cuestionario a una prueba de jueces y a un pilotaje, tras lo cuales se realizó algunas modificaciones para mejorar la comprensión y la valoración de las variables. La recogida de datos se llevo a cabo en el mes de marzo de 2008.

TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS: Procesamiento informatizado con el programa SPSS v. 14.0, calculándose la prevalencia de la variable principal, así como las proporciones de todos sus indicadores. Para el análisis relacional se ha calculado la chi-cuadrado o en su defecto el test de Fisher para un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

La prevalencia del diagnóstico en el total del alumnado de primero de Enfermería de la Universidad de Huelva es del 7,5%, y entre el alumnado que se ha trasladado de domicilio para cursar estos estudios es del 12,32% (9 estudiantes). 5 de estos estudiantes que sufrían estrés de traslado lo ha superado, frente a 4 que aún lo mantiene.

De los estudiantes afectados, el 22,2% ha experimentado un gran cambio en su comportamiento. La gran mayoría (77,8%) ha tenido un cambio moderado y ninguna persona ha quedado libre de cambios en su comportamiento. Las áreas más alteradas por orden decreciente son: patrón de sueño (100%), estado de ánimo y patrón alimenticio (88,9%), y por último el patrón intestinal (22,2%)

Respecto a las características personales que pueden favorecer la aparición de este síndrome se manifiestan en el 22% de las personas que padecen o han padecido el diagnóstico enfermero, mientras que el 66,7% tienen características que las favorecen en menor medida. Estas características están ausentes en el 11% de los casos de síndrome de estrés.

Ninguno de los estudiantes con el síndrome considera que no haya tenido apoyo familiar. El 77,8% de los que lo padecen o han padecido consideran que su apoyo familiar ha sido moderado, frente al 22,2% que se han sentido totalmente apoyados.

A pesar de observar diferencias porcentuales respecto al sexo en comparación del total de individuos de ambos sexos de todos los estudiantes de primer curso (X mujeres, x hombres), no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas para una $p < 0,05$. No se aprecian diferencias estadísticamente significativas con el apoyo familiar percibido, edad, ni con las características de personalidad estudiadas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La prevalencia de estrés de traslado entre el alumnado de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Huelva de primer curso que ha cambiado su domicilio habitual para cursar esta titulación consideramos que es BAJA. Ciertamente es que esta es una valoración intránea, pues se realiza sin disponer de ningún otro dato de referencia en la misma o similar población, o en otras poblaciones de estudiantes universitarios. También hay que señalar sobre esta prevalencia, que su valoración se realiza a los 6 meses de iniciado el curso, pudiéndose ser más elevada al inicio del mismo. Aunque se le cuestiona si ha presentado y/o presenta alguno de los indicadores utilizados para la valoración de la variable estrés de traslado desde que comenzó sus estudios universitarios, es posible que la incipiente y/o escasa durabilidad de estos síntomas en algunos estudiantes al inicio del año académico, haya podido favorecer un sesgo de memoria que provoque una infraestimación de la prevalencia. En sucesivas mediciones se recogerán los datos en el mes de octubre, fecha de inicio del curso académico.

Respecto a la medición de la variable dependiente, consideramos que también tendríamos que depurar los indicadores utilizados, tal vez, reduciendo aquellos que en la Nanda aparecen como factores relacionados (Apoyo familiar y/o social), y los relativos a las características de personalidad, incorporándolas al diagnóstico como actitudes puntuales y no como características permanentes. Por otra parte, hay que tener en cuenta que el cuestionario no ha sido validado, aunque si se han buscado las garantías mínimas para su comprensión. A pesar de ello, se han producido No respuestas en algunas preguntas que podrían indicarnos la necesidad de mejorar el instrumento. En cuanto a la relación de variables, no se han encontrado relaciones estadísticamente significativas con variables como sexo, apoyo familiar y algunas características de personalidad, pero consideramos que la baja prevalencia y el pequeño tamaño de la población podrían estar afectando a este resultado. Por ello consideramos necesario aumentar la población de estudio para tener mayores garantías en el análisis relacional.

BIBLIOGRAFÍA:

Alves Apóstol JL, Alves Rodrigues M, Pineda Olvera J. Evaluación de los estados emocionales de estudiantes de enfermería. *Index Enferm.* 2007; primavera (56): 26-29

Antolín Rodríguez R, Pualto Durán MJ, Moure Fernández ML, Quintero Antolín T. Situaciones de las prácticas clínicas que provocan estrés en los estudiantes de enfermería. *Enferm Global* 2007 Mayo (10): 1-11. Disponible en <http://www.um.es/ojs/ind>

Benbunam Bentata B, Alfaya Góngora MM, Chorón Cohen S, Cruz Quintana F, Villaverde Gutiérrez C, Roa Venegas JM. El impacto emotivo del hospital: Implicaciones en la formación universitaria de los estudiantes de Enfermería. *ROL* 2005 28(10): 675-682

Fernández Martínez ME, Rodríguez Borrego MA, Vázquez Casares A, Liébana Presa C, Fernández García D. Nivel de estrés en estudiantes de enfermería. Un estudio comparativo con otras titulaciones. *Rev Presencia.* 2007 jul-dic 1(2). Disponible en <http://www.index-f.com/presencia/n2/24articulo.php>

López Medina IM, Sánchez-Criado V, Percepción del estrés en estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Enferm Clín* 2005 15 (6): 307-14

Zupiria Gorostidi X, Uranga Iturriotz MJ, Alberdi Erize MJ, Barandiaran Lasa M, Huitzi Egileor X, Sanz Cascante X. Fuente de estrés en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería. Evolución a lo largo de la diplomatura. *Enferm Clín* 2006 16(5): 231-237

Zupiria Gorostidi X, Alberdi Erize MJ, Uranga Iturriotz MJ, Barandiaran Lasa M, Sanz Cascante X, Huitzi Egileor X. Principales estresores de los estudiantes de enfermería relacionados con las prácticas clínicas y factores relacionados. *Enferm Cient* 2003 (258-259) Sep-Oct: 59-64

Zupiria Gorostidi X, Uranga Iturriotz MJ, Alberdi Erize MJ, Barandiaran Lasa M. KEZKAK: cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Gac Sanit* 2003 17(1): 37-51.

AUTOR/ES:

Royo Arán M^a D, Guilera Roche A, Miguel Ruiz D, Ramió Jofre A, Cano Parellada A, Pérez Carmona A y Roldán Merino J Fco.

TÍTULO:

Escala de Valores en Estudiantes de Enfermería que inician su formación práctica durante el curso académico 2007.

TEXTO DEL TRABAJO:**INTRODUCCIÓN:**

La Escuela de Enfermería de San Juan de Dios, pone en marcha en abril de 2008, una línea de investigación en el marco de la educación en valores, conductas y actitudes.

La preocupación por Educar en Calidad es sin duda preocuparse por Educar en valores, entendiendo por valores, no una forma reductiva o un elemento colateral sino como una dimensión de una educación completa.

En psicología tradicional, (Schwartz, S.H. 1999) los valores se definen como un conjunto de retos deseables y no circunstanciales, que pueden variar su importancia de una persona a otra y que configuran su proyecto de vida como un conjunto de principios particulares. Según Rokeach (1973), todos los valores contienen ciertos elementos cognoscitivos y tienen un carácter selectivo o direccional – conductual y que implican ciertos componentes afectivos. Los valores son motivadores porque son herramientas conceptuales que las personas utilizan para mejorar y mantener la autoestima. Según Poletti (1983:76), los valores son un conjunto de reglas de conducta, de leyes enjuiciadas conforme a un ideal, por una persona o colectividad. Representan un forma de vivir. Es una toma de decisión relacionada con cualquier cosa, experimentado mediante comportamientos, sentimientos, conocimientos y acciones. Sabemos que la profesión enfermera es una profesión social y por tanto dentro de su objetivo de saber estar y saber ser, los valores pueden representar un hecho diferenciador de otras profesiones, en su compromiso social. La finalidad de un proyecto educativo debe ser sin duda que la persona se identifique, se conozca, se comprometa y ayude en la transformación social. La justificación de este proyecto viene marcada por todo lo anterior con dos niveles de objetivos. El primero parte de la discusión dentro de un grupo de profesores de la Escuela, sobre los conceptos de valores humanos, los que están más estrechamente relacionados con la práctica enfermera, así como desarrollar las actitudes y conductas que representan los valores de nuestra institución, la Orden de San Juan de Dios: Hospitalidad, Acogida, Solidaridad, Respeto y Profesionalidad. El segundo pretende analizar si en el proceso de socialización de los alumnos de enfermería durante el periodo del practicum introductorio, sus primeras prácticas hospitalarias, modifica la jerarquía de los valores identificados previamente como propios.

Objetivo General:

Identificar los valores de los estudiantes de enfermería que inician la formación práctica en la Escuela Universitaria de Enfermería de Sant Joan de Déu.

Objetivos específicos:

Conocer las características sociodemográficas de los estudiantes de enfermería.

Comparar los diferentes valores obtenidos de los estudiantes entre los diferentes factores o variables socio-demográficas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño del estudio: Estudio descriptivo transversal.

Lugar del estudio: Ha sido la Escuela de Enfermería de San Juan de Dios, adscrita a la Universidad de Barcelona.

Periodo del estudio: Segundo semestre de 2008.

Población objetivo: Estudiantes de enfermería que inician su formación práctica.

Población de estudio: Todos los estudiantes que el día que se pase el cuestionario se encuentren en clase.

Fuentes de información:

- Valores: cuestionario diseñado específicamente a partir de la Bibliografía seleccionada y de los valores identificados por la orden hospitalaria de San Juan de Dios. Consta de 10 valores con conductas y actitudes (competencia profesional, hospitalidad, responsabilidad, satisfacción personal

participación, humanización, trabajo en equipo, equidad, estabilidad laboral y tolerancia). El cuestionario ha sido autocontestado y se le solicitaba a cada estudiante que puntuara cada pregunta del 1 (menor importancia) al 10 (mayor importancia).

Variables sociodemográficas: edad, sexo, familiares con los que convive, situación laboral actual, estudios previos relacionados con la salud, financiamiento de la carrera, lugar de residencia).

Análisis estadístico:

Para cada dimensión se ha calculado la mediana. Para comparar los valores obtenidos de los estudiantes entre los diferentes factores o variables sociodemográficas, se ha dividido cada dimensión en 2 grupos según su mediana. Se han utilizado las pruebas estadísticas bivariantes adecuadas a cada tipo de variable con un nivel de significación bilateral inferior a 0,05.

Resultados:

La edad media ha sido de 23 años (rango de 19 a 47) con un 90% de mujeres.

El 61% ha declarado que vive con los padres, un 10,2% viven solos y un 16,9% con pareja.

Respecto a la financiación de los estudios es en el 59,3% el propio estudiante con ayuda.

Un 32,2% ha afirmado no trabajar y un 61% no haber hecho previamente ningún estudio relacionado con la salud.

El 74,6% vive en Barcelona o Área metropolitana.

La escala de valores de mejor a peor puntuación ha estado: humanización (mediana de 3), satisfacción personal (mediana de 4), competencia profesional (mediana de 4), hospitalidad (mediana de 5), responsabilidad (mediana de 5), tolerancia (mediana de 6), equidad (mediana de 7), trabajo en equipo (mediana de 7), participación (mediana de 7) y estabilidad laboral (mediana de 8). No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas al comparar los valores obtenidos entre las distintas variables sociodemográficas, excepto con la edad. Los alumnos más jóvenes han valorado como más importante la estabilidad laboral ($p=0,05$), mientras que han valorado peor la humanización ($p=0,015$) con respecto a los alumnos de mayor edad.

Limitaciones:

Puede ser que al ser autocontestado, la tasa de respuesta haya sido baja, y puede haber un sesgo de selección, al contestar los alumnos más sensibilizados con el tema. Por otro lado el tamaño de la muestra puede ser pequeño para detectar diferencias significativas en el análisis de relación con los valores obtenidos, pudiendo ser preciso realizar un análisis multicéntrico con otras escuelas de enfermería que garantice un mayor tamaño de muestra.

BIBLIOGRAFÍA:

Arciniega, L.M. y González, L. (2000). Desarrollo y validación de la escala de valores hacia el trabajo EVAT 30. *Revista de Psicología Social*, 15, 3, 281-296

Schwartz, S. H. (1999). A Theory of Cultural Values and Some Implications for Work. *Applied Psychology: An International Review*, 48, 23-47.

Schwartz, S.H. (1992). Universals in the Content and Structure of Values: Theoretical Advances and Empirical Tests in 20 Countries. En Zanna, M. (Ed.). *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol. 25, Academic Press, New York.

Bernat, Ramona, et al. (2003) El tutor d'infermeria Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Poletti, Rosette (1983) "De la nécessité de reparler des valeurs professionnelles" pp.76-97. *Journées de Perfectionnement: Valeurs, identité et pratiques infirmières*. Paris: Centre Chrétien des professions de Santé.

Romeo, Sergio (2004) "Revisión crítica sobre los modelos de práctica enfermera y sus resultados" *Index Enfermería*, XIII(44-45): pp.32-36.

Roquer, Maria-Angels (1997) *Identidades y conflicto de valores*, Barcelona: Icaria Antrazyt.

Rokeach, Milton (1982) *The Nature of human values and value systems*, Published Doctoral Dissertation. *Wardleer als tekeuvan een gese cularisserde samenleving? Een Hermeneustische Stuie*. K.V. Leuven. Faculty of Theology, 2 vol. LVI- 557.

Rousseau, Nicole (1997) "De la vocation à la Discipline" *Nurse L'Infirmiere Canadienne* (may): pp:39- 44.

Villapalos, Gustavo, López Quintás, Alfonso (1999) *El libro de los valores*, Barcelona: Planeta, 7ª edición.

Vives Relats, Carme et al. (2005) "Visibilidad e imagen de la enfermera en el 11-M" pp. 22-27, en *Las enfermeras ante la nueva realidad social y educacional*, XXVI Sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. A Coruña: Asociación de Enfermería Docente.

Mesa de comunicaciones 11 / Concurrent session 11: Salud infantojuvenil / Health in childhood and adolescence

AUTOR/ES:

Serrano Martos Juan, Rodríguez Olalla Laura, Álvarez Nieto Carmen, Linares Abad Manuel, Torres Díaz Francisco, Pastor Moreno Guadalupe.

TÍTULO:

Pautas anticonceptivas y embarazo adolescente

TEXTO DEL TRABAJO:

1.- INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva durante la adolescencia preocupa desde hace tiempo a la comunidad internacional, especialmente a los organismos de salud (1, 2, 3). Para muchos de los y las adolescentes, la transición de la niñez a la vida adulta es saludable; sin embargo, un gran porcentaje de estos/as jóvenes también afronta riesgos en su salud sexual y reproductiva. Como resultado, las mujeres jóvenes son vulnerables a una triple amenaza: embarazo no deseado, aborto en condiciones de riesgo y contagio de enfermedades de transmisión sexual.

De hecho, las cifras sobre embarazo en la adolescencia o los datos acerca del riesgo que los y las jóvenes pueden correr en razón de su actividad sexual o por motivos de género, son en muchos casos inquietantes (1). Desde el año 2000 el número de adolescentes embarazadas no ha dejado de aumentar en España, de manera que en 2006 un total de 5.847 chicas menores de dieciocho años fueron madres (4), a lo que hay que añadir una Tasa de Interrupción Voluntaria del Embarazo de menores de diecinueve años de 12,53 para 2006 (5), la más alta de los últimos diez años.

Ante estos datos, desde hace algunos años abunda la investigación sobre las conductas sexuales de los jóvenes, y en la actualidad tenemos conocimientos sobre qué hacen, cómo lo hacen, y cuántos y cuántas lo hacen. Con toda esa inestimable información se han diseñado y puesto en marcha planes, programas, intervenciones y acciones de diverso tipo. Como resultado, se han conseguido mejoras en sus niveles de información, pero cuesta que los cambios relacionados con las actitudes, los valores y las creencias ("lo emocional") perduren en el tiempo (5).

La sexualidad de una adolescente está influida por factores que influyen a nivel personal en la formación de ideas, sentimientos y comportamientos sexuales, pero igualmente hay que destacar la sexualidad como una construcción social, puesto que también se percibe y aprende en interacción con las y los demás, que constituyen el ambiente social de diversas maneras dentro de un contexto sociocultural general y otros más o menos específicos. Este ambiente social es muy relevante porque puede fomentar o la represión de la sexualidad, o que se exalte y se exprese con naturalidad, influyendo en la forma en que la persona adolescente y joven percibe y vivencia su propia sexualidad (6).

2.- OBJETIVOS

Objetivo General:

- Conocer las actitudes y creencias que la adolescente gestante tiene sobre la anticoncepción.

Objetivos específicos:

- Indagar sobre los conocimientos que las gestantes adolescentes tienen sobre métodos anticonceptivos.
- Identificar la accesibilidad a los métodos anticonceptivos.
- Definir en el contexto de la pareja quién o quiénes son los responsables del uso y la elección del método anticonceptivo.

3.- MÉTODOS.

El estudio que presentamos se ha llevado a cabo desde una perspectiva metodológica cualitativa, basada en la realización de entrevistas en profundidad y centrándonos en el análisis de contenido y del discurso. La población de estudio han sido las adolescentes embarazadas que han acudido a la consulta de Alto Riesgo Obstétrico (A.R.O.) del Centro Materno Infantil del Complejo Hospitalario de Jaén, para realizar los controles propios de esta consulta. Hemos utilizado muestreo intencional incluyendo como criterios que la adolescente embarazada tuviese menos de 17 años; el periodo de recogida de datos ha comprendido los meses de marzo a diciembre de 2007.

Como técnica de recogida de la información se ha optado por la entrevista en profundidad, para acercarnos a la experiencia de las adolescentes embarazadas pretendiendo asimismo que las jóvenes se abrieran y expresaran sus sentimientos, sus ideas y opiniones, y todo ello en sus propios términos. Se han realizado un total de 12 entrevistas de una duración media de 45 minutos, utilizando protocolo y grabadora para realizar una transcripción más fiel de los datos. Para el análisis cualitativo de la información se siguió el esquema: reducción de los datos, presentación de los datos, y extracción y verificación de conclusiones. Como instrumento de apoyo se ha utilizado el programa informático Nudist Vivo, que nos ha permitido codificar y presentar los datos y nos ha servido de apoyo para el análisis del discurso.

4.- RESULTADOS.

La edad de inicio de las relaciones sexuales entre las jóvenes entrevistadas está próxima a la edad del embarazo, y está entre los trece y los dieciséis años. Los testimonios de las chicas dejan entrever que se dejan llevar por las circunstancias, que las relaciones sexuales son en gran parte espontáneas, y que su capacidad para tomar decisiones planificadas es poca. En general consideran que la sexualidad no es un aspecto imprescindible para ellas, y opinan que una relación sexual debe ser una iniciativa de los dos miembros de una pareja. ("Hombre, imprescindible, imprescindible, forma parte de una pareja pero imprescindible no lo es, no es") (16 años, hábitat urbano). Sin embargo, en la práctica estas jóvenes dejan que sea el chico el que toma la iniciativa y las decisiones.

Todas las jóvenes conocen la existencia de los métodos anticonceptivos, concretamente el preservativo y la anticoncepción hormonal. De hecho, ninguna de ellas relaciona su embarazo con el desconocimiento sobre contracepción ni con dificultades para conseguir anticonceptivos, aunque reconocen algunas dificultades para acceder a otros métodos distintos del preservativo. El método anticonceptivo elegido por la mayoría de las jóvenes es el preservativo, que es al mismo tiempo el más accesible. Otros métodos, como la anticoncepción hormonal, los parches, el DIU, etc requieren de una planificación, y un cierto control sanitario que aleja a las jóvenes de su utilización, precisamente por la dificultad que encuentran para acceder a ellos. ("Sí, el preservativo sí, pá los demás no, porque los demás tiene que estar mi madre, pá las pastillas y pá tó tiene que estar un mayor") (15 años, hábitat urbano).

La vía a través de la cual las jóvenes obtienen información sobre sexualidad y anticoncepción es básicamente el colegio o el instituto, pero no todas han accedido a esa información; tengamos en cuenta que las jóvenes que han abandonado los estudios pueden no haber recibido las charlas o sesiones informativas que algunas de las demás refieren. ("Pues cuando estaba en primero, me parece, en primero de la ESO, fue una muchacha a darnos una clase de esas") (16 años, hábitat rural).

La familia no es un referente a la hora de tratar temas de sexualidad; las jóvenes no recuerdan haber hablado con sus padres o con algún familiar cercano sobre relaciones sexuales o métodos anticonceptivos. En cualquier caso, se trata de una información esencialista, carente de contenidos y razonamientos, circunscrita en conversaciones que normalmente se centran en difundir un modelo sexual basado en tabúes y en el temor a enfermedades o embarazos, pero no a la difusión de una sexualidad saludable. ("Mi madre me decía, pues que había que tener cuidao, que no era ningún juego") (15 años, hábitat rural).

Respecto de quién debe ser la responsabilidad del uso del anticonceptivo en las relaciones heterosexuales, surgen varios planteamientos. En general es una decisión tomada entre los dos, pero algunas jóvenes delegan esa decisión en su novio. ("Usábamos el preservativo porque no había otro, pero él no lo quería; él decía que hablara con mi madre para que me tomara las pastillas") (15 años, hábitat urbano).("Mi novio se encargaba de eso. Yo no, yo ahí no digo nada") (16 años, hábitat rural).

5.- DISCUSIÓN

Para la mayoría de las jóvenes entrevistadas el sexo y aún más su futura maternidad, supone el escalón que separa al adulto de la niñez. Sobre anticoncepción creen tener las ideas muy claras, la gran mayoría dicen tener conocimientos suficientes sobre métodos anticonceptivos, siendo para ellas los métodos, sobre todo el preservativo, muy accesible y fácil de conseguir, reservando a su pareja la decisión sobre la elección y el uso del método anticonceptivo.

A pesar del avance que se ha producido en el campo de la sexualidad en cuanto a información dirigida específicamente a la población adolescente y en cuanto a relaciones más igualitarias, hay algunos sectores sociales en los que siguen teniendo vigencia algunos comportamientos basados en estereotipos más tradicionales, en los que las chicas tienen menor capacidad para decidir cómo y cuando mantener relaciones sexuales, como ya se ha expuesto en otros estudios (7). Por tanto, consideramos que se establecen roles diferenciados donde el hombre y la mujer se ocupan cada uno de facetas diferentes, bien delimitadas, aunque sean de algo tan íntimo y compartido como lo relativo a la sexualidad.

Así pues, las líneas de investigación futuras deben dirigirse al conocimiento de los aspectos emocionales que intervienen en la conducta sexual de los y las adolescentes, para poder proponer intervenciones eficaces a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. (Agenda Salud. Isis internacional Jóvenes en riesgo. Adolescentes y salud sexual. 23, 2001)
2. Alan Guttmacher Institute. Teenage sexual and reproductive behavior in developed countries: can more progress be made? New York, NY: Alan Guttmacher Institute; 2001.3.
3. Bermúdez J, Casanova I. Programa de educación sexual en la adolescencia. Inquietudes 2003; 8(28):6-15.
4. Instituto Nacional de Estadística. Movimiento Natural de la Población. 2006. URL disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e301/nacim/a2006/&file=pcaxis>.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2006. 2007. URL disponible en: http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/IVE_2006.pdf
6. Bimbela J.L, Maroto G. Mi chico no quiere usar condón. Escuela Andaluza de Salud Pública, Consejería de Salud 2003.
7. Fernández Herrera L, Infante García A, Barreda Palomo M, Padrón Morales M.M, Boblas Arróbola JJ. Jóvenes, sexualidad y género. Estudio cualitativo sobre la sexualidad de las personas jóvenes del ámbito rural. Diputación de Málaga, Área de Juventud y Deportes, Málaga, 2006.

AUTOR/ES:

Maria Teresa Calvário Antunes, RN, PHD, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Investigadora da Health Sciences Research Unit: Nursing Domain
Joana Rita Rodrigues, Marisa Isabel Agostinho, Mónica Patrícia Cadima, RN

TÍTULO:

PATRONES DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN ADOLESCENTES

TEXTO DEL TRABAJO:

INTRODUCCIÓN: Los estilos de vida y la salud están íntimamente ligados, siendo factores ambientales - los hábitos alimentares, el hábito de fumar, el uso y abuso de alcohol y drogas, la actividad sexual sin reglas - que influyen en un desarrollo saludable. Tal como sucede con los adultos, el consumo excesivo de alcohol en los jóvenes es responsable por varios problemas al nivel de la salud y adaptación social, siendo que en estos puede aún afectar el rendimiento escolar (Pereira, 2004).

El consumo de bebidas alcohólicas acompaña el ser humano al largo de todo su recorrido, influyendo religiones, mitos, comercio, su vida social y su salud. La familia y el grupo de pares, bien como factores emocionales y afectivos tienen un grande impacto en el consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes (Sequeira, 2006), por lo que los comportamientos de consumo en el joven surgen asociados al universo cultural y familiar, principalmente en el aspecto convivencial del consumo. La familia es determinante en el desarrollo del adolescente, dado que define sus relaciones sociales, transmite valores y contribuye para el proceso de autonomía. De este modo, los padres pueden influir el comportamiento del consumo de bebidas alcohólicas con su ejemplo y a través del ambiente familiar que proporcionan a sus hijos.

La adquisición y sedimentación de comportamientos y hábitos, determinantes para la salud en la edad adulta, ocurren en la infancia y adolescencia. Los adolescentes, atendiendo a que se encuentran aún en fase de desarrollo, son el grupo que está particularmente expuesto al consumo de bebidas alcohólicas, pudiendo este consumo originar problemas de salud al largo de sus vidas.

En Portugal, como en otros países, a pesar de los riesgos para la salud del individuo, el consumo de alcohol es sinónimo de noche, emancipación y diversión, asistiendo-se actualmente a un elevado consumo de los jóvenes, principalmente en el fin de semana, ultrapasando todos los contextos socio-culturales.

Portugal ocupa el 8º lugar del consumo mundial de alcohol per capita, 70% de los portugueses ingieren alcohol diariamente, siendo el vino y la cerveza las bebidas más consumidas, verificándose un crecimiento del consumo de bebidas por parte de los jóvenes, pudiendo afirmarse ser difícil llegar a la edad adulta sin las tener experimentado.

Varios estudios han demostrado que los padrones de consumo se tienen aproximado entre el género relativamente a la cantidad y frecuencia, siendo los locales de mayor consumo los bares y discotecas (Antunes, 1998; Curto, 2003; Sequeira, 2006). Antunes (1998) destaca que los jóvenes a quien la primera experiencia con alcohol ha ocurrido en un bar o café tienen mayores riesgos de se tornaren bebedores excesivos de los que lo hicieron en casa. Relativamente a las personas que estimularan su primer consumo, los resultados de estudios efectuados en Portugal apuntan para los pares, los padres y amigos como principales responsables, situando-se la edad del consumo regular entre los 15 y 16 años (Duarte, 1997; Curto, 2003; Pereira, 2004).

De acuerdo con Cabral y Nogueira (2004), los fenómenos de socialización, la susceptibilidad a la presión de los pares, la publicidad y los atractivos lugares de consumo facilitan el consumo de alcohol. Los jóvenes, dada su mayor vulnerabilidad, son víctimas de muchas inducciones de consumo de alcohol, una vez que las supuestas ventajas que envuelven el acto de beber: más amigos, más prestigio, más divertimento, menor ansiedad, más confianza y mayor sensualidad, despiertan hábitos de consumo.

Por todo esto, los comportamientos de consumo de los jóvenes parecen estar conectados a factores individuales, familiares y socio-culturales, por lo que esta investigación visa encontrar respuestas para las siguientes cuestiones: ¿cuáles son los hábitos de consumo de bebidas alcohólicas de los adolescentes de una Escuela Secundaria de Coimbra? y ¿cuáles los factores asociados a esos padrones de consumo?

METODOLOGIA

Estudio descriptivo-correlacional, teniendo como objetivos: Identificar los padrones de consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes de una Escuela Secundaria de Coimbra y analizar si variables como sexo, historia de desarrollo de hábitos de consumo, el consumo de los familiares y las razones que les llevan a beber, influyen en esos padrones.

Muestra: constituida por 164 adolescentes, 54,88% hombres e 45,12% mujeres, del 10º (65), 11º (61) e 12º (38) años, de una Escola Secundária de Coimbra. Las edades variaram entre los 15 e os 21 años (media 16,55 años e desviación típica 1,24 años).

Los sujetos participaron de forma voluntaria, después de haber sido realizado los respectivos pedidos al Consejo Ejecutivo de la Escuela y fornecidas las informaciones a los estudiantes sobre el ámbito y finalidad del estudio.

Instrumento: El instrumento de recogida de datos fue un cuestionario auto-administrado, compuesto por variables socio-demográficas e individuales (género, escolaridad, historia y desarrollo de los hábitos de consumo y historia de consumo de los familiares) bien como el "Cuestionario de los Hábitos de Bebida" y el "Cuestionario de Razones para Beber" adaptados de Gouveia y Duarte (1995). El "Cuestionario de Hábitos de Bebida" evalúa los padrones de consumo de bebidas alcohólicas a través de las dimensiones: frecuencia, cantidad y consumo de los últimos seis meses. De estas resultan cinco grupos: A- no bebedores; B- Bebedores ocasionales; C- Bebedores ligeros; D- Bebedores moderados; E- Bebedores excesivos. Por su vez, el "Cuestionario de Razones para Beber" es compuesto de 57 ítems agrupados en seis dimensiones/factores: Factor I- para reducir/regular estados emocionales; Factor II- para convivio social; Factor III- para sentir poder e agresividad; Factor IV- para desinhibir y intensificar el placer; Factor V- para mejorar el estado físico y mental; Factor VI- para facilitar la interacción social y sexual. El formato utilizado es una escala de tipo Likert con cinco alternativas de respuesta: Nunca o casi nunca; Algunas veces; Mitad de las veces; La mayoría de las veces; Siempre o casi siempre, a la que corresponde la puntuación de 1 a 5.

El resultado de cada dimensión es dado por el sumatorio de las respuestas dadas en cada uno de los ítems que la constituyen, correspondiendo la claficación global a la sumatoria de todas las dimensiones. En la muestra en estudio los valores alfa de Cronbach variaran entre 0,61 y 0,89, en los seis factores, siendo el valor global de 0,92.

Por el facto de que las variables en estudio no presentan distribución normal, se ha optado por la utilización de testes no paramétricos, principalmente el teste de Chi-Cuadrado y el teste Kruskal-Wallis.

RESULTADOS

Los resultados indican que relativamente a la historia y desarrollo de hábitos de consumo de bebidas alcohólicas, 3,66% de los adolescentes nunca ha bebido. De los restantes (158), la edad del primer consumo varía entre los 6 y 18 años, siendo la media de 13,56 años y el desvío padrón de 1,81 años. Sobre el local donde bebieran por primera vez, 35,44% lo ha hecho en bares, 25,96% en casa y 25,32% en casa de amigos. La edad de inicio de consumo regular ha variado entre los 12 y 19 años, siendo la media de 15,52 años y el desvío padrón de 1,41 años. Los resultados demuestran que 45,12% de los adolescentes ya se ha embriagado, tiendo la edad de la primera embriaguez variado entre los 12 y 19 años (media=15,32 y desvío padrón=1,27 años), siendo la situación más referida para esa ocurrencia las fiestas y convivios entre amigos.

Relativamente a la historia de consumo de familiares, en 69,51% de los casos la madre no consume bebidas alcohólicas, pero 34,14% ha referido que el padre consumía 2 a 3 bebidas alcohólicas por día. La mayoría (88,41%) afirmó que los hermanos no bebían. En lo que se refiere a la frecuencia de consumo, 28,05% de los adolescentes beben 1 a 2 veces por mes, 18,29% bebe en el fin de semana y 13,41% solo bebe en vacaciones. Cuando cuestionados sobre la cantidad de consumo, 43,33% de los estudiantes han referido beber habitualmente 2 a 3 bebidas. En el fin de semana la frecuencia de consumo es mayor, siendo el sábado el día de mayor consumo y la cerveza y bebidas fuertes las más consumidas. El padrón individual de consumo fue de bebedores ocasionales (52,44%), bebedores ligeros (29,27%) y bebedores moderados (9,76%). Los bebedores ocasionales y ligeros son predominantemente los que consumieran bebidas alcohólicas por primera vez en bares y discotecas. Las razones más referidas para beber fueran, en media, para reducir/regular estados emocionales negativos, desinhibir y intensificar el placer y facilitar la interacción social y sexual.

Los resultados del teste de chi-cuadrado parecen indicar que el año de escolaridad y motivación para el primer consumo no influyen en el padrón de consumo de los adolescentes. Pero se ha registrado una diferencia significativa entre el género y el padrón de consumo ($p=0,003$), siendo mayor la proporción de bebedores en el género masculino. En 35,44% de los adolescentes el primer consumo ha ocurrido en un bar, por iniciativa propia, en media a los 13,56 años ($DP=1,81$ años) y el inicio del consumo regular ha ocurrido con edad media de 15,25 años ($DP=1,41$ años). La vivencia del estado de embriaguez parecer influir el padrón de consumo ($p=0,000$), el local donde el adolescente ha bebido la primera vez influye el padrón de consumo ($p=0,015$), siendo los bares y las discotecas los locales de mayor consumo. Los bebedores ligeros ingieren bebidas alcohólicas más frecuentemente motivados por la necesidad de reducir o regular estados emocionales negativos que los ocasionales o moderados ($p=0,025$).

CONCLUSIÓN:

Estos resultados apuntan para algunos aspectos relevantes, a tener en cuenta en el planeamiento y implementación de estrategias de prevención y educación para el riesgo, en el ámbito de los comportamientos de consumo en los jóvenes, dado que a pesar de los esfuerzos ya hechos para la reducción de este problema de salud pública, aún hay necesidad de inversión en la prevención/reducción de la ingestión o del conjunto de problemas ligados al alcohol junto das camadas más jóvenes.

El enfermero, en cuanto elemento de la equipa multidisciplinar, ocupa un lugar privilegiado junto de los adolescentes, familias y instituciones de enseñanza, habiendo por eso un papel de prevención de los problemas relacionados al consumo de bebidas alcohólicas. Esa prevención pasa esencialmente por la sensibilización de los adolescentes, familias, profesores y comunidade en general sobre los efectos nocivos del alcohol y sus repercusiones a nivel individual, familiar y social.

BIBLIOGRAFÍA:

- Antunes MTC. Os jovens e o consumo de bebidas alcoólicas. Referência. 1998; 1:29-39.
- Barrias J, Breda J, Mello MLM. Álcool e os problemas ligados ao álcool em Portugal. Lisboa. Direção Geral de Saúde. 2001: 119.
- Cabral, ABR; Nogueira JRDF. O consumo de álcool na adolescência: Servir. 2004; 52(2):65-67.
- Curto CG. Factores cognitivos do alcoolismo: viagem pela motivação, mudança, esquemas e expectativas. (tese de mestrado). Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra; 2003.
- Duarte MFP. Consumo de álcool: do uso à dependência. (tese de mestrado). Universidade de Coimbra; 1997.
- Perreira MMD. Consumo de álcool na adolescência e relações parentais. (tese de mestrado). Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra; 2004.
- Sequeira AMAT. Consumo de álcool nos jovens estudantes e percepção de risco. Nursing. 2006; 16 (208):7-11.
- Schuckit MA. Abuso de álcool e drogas. Lisboa: Climepsi; 1998.

AUTOR/ES:

Giráldez M, Tapia-Casellas C, Merchán-Naranjo J, Romo J, Arango C, Parellada M

TÍTULO:

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DIAGNOSTICADOS DE SÍNDROME DE ASPERGER EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

TEXTO DEL TRABAJO:

Objetivo: Describir el perfil sociodemográfico de los niños y adolescentes con Síndrome de Asperger (SA) en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, para diseñar un protocolo de cuidados de enfermería destinado a la prevención y tratamiento de dificultades sanitarias ¿? en su desarrollo vital.

Método: La muestra está constituida por 24 pacientes (23 varones, 1 mujer) con una edad media de 12,83 años (SD=2,61). De ellos, 19 fueron diagnosticados de SA y 4 de autismo de alto funcionamiento, por un psiquiatra entrenado en la aplicación de los criterios DSM-IV, la entrevista semi-estructurada Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS), los criterios de Gillberg y la entrevista ADOS cuando era necesaria.

Los datos sociodemográficos fueron registrados de forma individualizada en cuadernos de recogida de datos. Las variables del estudio fueron: edad, sexo, raza, convivencia, motivo del primer contacto psiquiátrico, desarrollo evolutivo, nivel educativo y profesional de los progenitores y antecedentes psiquiátricos de familiares de primer rango.

Uno de los pacientes fue excluido del análisis estadístico por ser hijo adoptado.

Resultados: En el análisis descriptivo con el programa SPSS 13.0 destacamos que la edad media del primer contacto psiquiátrico en esta población es a los 5 años. Los motivos de primer contacto son alteraciones en el desarrollo psicomotor en el 65,2%, otros problemas evolutivos en el 43,5% y problemas del comportamiento en el 34,8%. El 69,6% de los pacientes viven con su familia de origen y el 95,7% de los padres son trabajadores en activo, de los cuales el 47,8% son trabajadores cualificados (según escala Hollingshead Redlich). El 30,4% de los familiares de primer rango han tenido antecedentes psiquiátricos.

Conclusión: Las peculiaridades de los pacientes con SA confirman la necesidad de formación específica de los profesionales de enfermería implicados en la atención de niños y adolescentes con patología psiquiátrica y de los enfermeros que desarrollan su actividad en pediatría. Las dificultades encontradas indican que se requiere la elaboración de unos protocolos de cuidados para un adecuado seguimiento de los individuos diagnosticados con esta patología.

"Supported by the Spanish Ministry of Health, Instituto de Salud Carlos III, RETICS RD06/0011 (REM-TAP Network)".

BIBLIOGRAFÍA:

- Belinchón M (coord.). Situación y necesidades de las personas con trastornos del espectro autista en la Comunidad de Madrid. Obra Social Caja Madrid. 2001.
- Muñoz J. Marín M. Programa para el apoyo y la mejora de la atención a personas con discapacidad intelectual en el ámbito de la salud. Centro de psicología aplicada. Universidad Autónoma de Madrid. 2004.
- Fuentes-Biggi J., Ferrari-Arroyo MJ, Boada-Muñoz L, Touriño-Aguilera L, Artigas-Pallarés J, Belinchón-Carmona M, Muñoz-Yunta JA, Hervás-Zúñiga A, Canal-Bedia R, Hernández JM, Díez-Cuervo A, Idiazábal-Aletxa MA, Mulas F, S. Palacios S, Tamarit J, Martos-Pérez J, Posada-De la Paz M, Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista, Revista de Neurología; 43 (7): 425-438, 2006.

AUTHOR/S:

Morankar Sudhakar (PhD), Ayalew Tegene (MD, MComH), Yihenew Alem (MD, MPH), Joanna Briggs Systematic Review Malaria Alert Group, Jimma University, P. O. Box – 378, Jimma, Ethiopia, TEL:+251-917-804397, FAX:+251-471-111450/1112040, E-MAIL: morankarsn@yahoo.com

TITLE:

Feasibility and acceptability of use of Coartem® and RDT for home management of uncomplicated malaria in under-five children in Jimma

TEXT:

Background : Home Management of Malaria (HMM) is a strategy aiming at improving access to antimalarial treatment by making effective, pre-packaged medicines available close to the homes for children with uncomplicated malaria living in highly endemic areas in Africa through trained community-based agents backed up by a communication strategy for behaviour change (1). This strategy was initiated because the earliest recognition of uncomplicated malaria (fever,) and initial treatment occur at home, often in an inadequate manner. However, malaria is a difficult disease to diagnose by clinical examination only. Clinical diagnosis of malaria may overestimate the true incidence of the disease and lead to an excessive use of ACTs. This, in turn, could lead to unnecessary expenditure, and facilitate the appearance of parasite resistance to the new medicines (2). Community level treatment of malaria infections should be guided by malaria Rapid Diagnostic Testing (RDT) improves clinical recovery rate of children with febrile disease. Thus, use of rapid diagnostic test (RDT) kits together at home is important for effective home management of malaria. WHO recommends usefulness of RDT in different epidemiological settings, to improve diagnosis and treatment of malaria to community level (3).

Despite evidence of the cost-effectiveness of improving treatment access and compliance, most victims of malaria still die because of a lack of health care close to their homes or because their condition is not diagnosed by health workers (4, 5). The delivery of treatment in remote areas is complicated by the centralized nature of microscopy services. Diagnosis based on symptoms alone has inherent difficulties (6), although volunteer health workers in remote areas have practised it with some success (7-9).

The use of RDT in the HMM strategy provides an opportunity to improve diagnosis and administer targeted treatment only to parasitologically confirmed malaria cases. However, RDT use also has operational and financial implications (10). If it were to be used routinely in the context of HMM, the well established HMM strategy would be changed and additional costs incurred, which may not necessarily be compensated by less use of the drugs. Furthermore, the potential benefit of introducing RDT in terms of improvement of clinical outcome in children, both treated and not treated with ACTs, has to be proven. It is thus necessary to carry out implementation research to establish the role of Coartem® and RDT within the context of HMM, based on the feasibility, acceptability, risk-benefit and cost-effectiveness of their use at the community level.

Objectives: This study assessed knowledge, attitude, practice and the health seeking behavior of caretakers and their preferences for the treatment of children with “hot bodies”. It explored views towards the use of pre-packed antimalarial drugs and Rapid Diagnostic Tests for malaria by the public and the appropriate channels of distribution of pre-packed anti-malarial drugs as well as willingness and ability to pay for the service were also assessed in this survey.

Methods: A community based cross sectional quantitative survey supplemented with qualitative method (10 Focus Group Discussions {FGDs} 17 In-depth Interviews {IDIs}) was carried out among 845 randomly selected mothers/caregivers who have children of 3 – 59 months in Jimma town during November 2006 - February 2007. IDIs were conducted with opinion/community leaders, public health service providers, health managers, pharmacists and local NGOs.

Findings: A mosquito was mentioned (80%) as the cause of malaria and 96 % and 97 % of the respondents know that malaria is preventable and treatable respectively. During the survey 3.4% of children had confirmed malaria. About 64% of them were treated in private clinic and 64% of them availed treatment within 24 hours since the onset of fever, 18 % within 48 hours, 7% within 72 hours and 11 % got treatment after 72 hours. Average cost of treatment was 43.40 birr (~5USD) and about 4 birr (~0.50USD) for transportation. Average they spent 4.36 hours for treatment on the day of visit to clinic. Children were treated with Chloroquine (54%), Fansidar (11%) and Coartem® (7%). Only 6.3% of respondents heard of Rapid Diagnostic Test (RDT). Respondents' preference to conduct malaria test using RDT in descending order was Community Health Workers (89 %), Youth Red Cross Members (83%), Contraceptive pill distributors (65%), and Female kebele (village) Representatives (62%). About 41 % of total respondent knew Coartem® and 53% heard about Coartem in health institutions. Interestingly, 31% of the respondents' children of age between 6-59 months were treated with Coartem® and 45% of them got from Jimma Health Center. However, the respondents' preference to get Coartem in descending order is from Drug Distributors (97%), Community Health Workers (79%), Traditional healers (10%), and Shopkeepers (9%).

Discussions: The respondents preferred to community health worker. These results helped us to select, train, assign and organize the Community Health Workers as RDT and Coartem® distributors at community level to meet the Home Management of Malaria (HMM) criteria. This intervention phase of the TDR funded HMM project is currently going on.

BIBLIOGRAPHY:

1. McCombie SC. Self-treatment for malaria: the Evidence and methodological issues. *Health Policy and Planning*. 2002;17(4):333-44.
2. Samuel D. WHO REPORT Cost-Effectiveness of Malaria Diagnosis in Sub-Saharan Africa: The Role of Rapid Diagnostic Tests in Rural Settings with High Plasmodium falciparum transmission. 2006.
3. WHO. Business plan: Business line 9 – Evidence for antimalarial policy and access. 2007.
4. Roll Back Malaria. A global partnership. Geneva, World Health Organization. Internet communication at <http://www.who.int/rbm/about.html>.
5. Armstrong-Schellenberg JRM. What is clinical malaria? Finding case definitions for field research in highly endemic areas. *Parasitology Today*. 1994;10: 439–42.
6. Bruce-Chwatt LJ. *Essential malariology*. 2nd ed. 1985. London, Heinemann.
7. Ghebreyesus TA. Pilot studies on the possible effects on malaria of small-scale irrigation dams in Tigray regional state, *Ethiopian Journal of Public Health*. 1998;20: 238–40.
8. Okanurak K, Ruebush TK. Village-based diagnosis and treatment of malaria. *Acta Tropica*, 1996; 61: 157–67.
9. Ruebush TK. Use of illiterate volunteer workers for malaria case detection and treatment. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*. 1990;84:119–25.
10. PSI Malaria Control, Kenya. Improving Home Based Management of Malaria Using the Private Sector. 2005. www.psimalaria.org.

AUTOR/ES:

C. Cortina, N.Sagarra, P.Ramos, L.Egea, Ml. Pasarín, O.Juárez, A.Martinez, E.Diez

TÍTULO:

Material promotor de una alimentación saludable y actividad física con la incorporación de la perspectiva de la diversidad cultural

TEXTO DEL TRABAJO:**Antecedentes:**

La Agencia de Salud Pública de Barcelona promueve los hábitos alimentarios saludables en escolares mediante programas y actividades en los centros docentes de la ciudad. En los últimos años se ha constatado en nuestro entorno un incremento de la obesidad infantil que hace necesario reforzar la prevención en esta área. También se ha producido un gran cambio poblacional, con la llegada de personas de otros países, siendo Ciutat Vella el distrito con mayor proporción de población inmigrante. Por estos motivos pretendemos trabajar con las familias inmigradas mediante mensajes educativos fácilmente comprensibles por diversas culturas.

Objetivo: Elaborar un material educativo e informativo para promover la alimentación saludable y la actividad física en familias inmigradas teniendo en cuenta la diversidad cultural del distrito de Ciutat Vella.

Método: Estudio cualitativo exploratorio descriptivo mediante grupos focales, llevado a cabo en Noviembre y Diciembre de 2007. La formación y segmentación de los grupos se determinó según el país de nacimiento, seleccionando los cuatro grupos mayoritarios en el distrito de Ciutat Vella según el padrón de habitantes. Las cuatro comunidades inmigrantes predominantes resultaron ser: Marruecos, Ecuador, Filipinas y Pakistán. Previamente al estudio se realizaron 12 entrevistas a informantes clave con el objetivo de conocer datos relevantes de estas poblaciones para la formación de los grupos, e identificar áreas para elaborar el guión de la discusión. Los informantes clave eran personas con conocimientos y experiencia en relación a la alimentación de las comunidades señaladas: maestras, enfermeras pediátricas y representantes de entidades del distrito. Señalaron como población diana a las madres con hijos entre 3 y 16 años, que pudieran expresarse en catalán o castellano. Contribuyeron a identificar las áreas a explorar: percepción de obesidad infantil en las diferentes comunidades inmigrantes, percepción de ejercicio físico o sedentarismo, hábitos alimentarios propios, adquisición de nuevos hábitos alimentarios en el país de acogida, como vehicular la educación e información. El método de captación fue a través de: carteles y dípticos repartidos en escuelas, boca a boca y búsqueda activa en entidades de cada comunidad. Se consiguió un total de 73 participantes en los 8 grupos realizados (dos por segmento). Se realizó el análisis de contenido de los grupos por dos investigadoras independientes mediante el Software informático Atlas.Ti.

Resultados: En el análisis preliminar del contenido de las transcripciones se han observado diferencias entre los hábitos alimentarios de las diferentes comunidades, influenciados por la religión y tradición cultural de los países de origen. Se adaptan a la cultura alimentaria de Barcelona introduciendo cambios en la cantidad y la variedad de alimentos consumidos, número de ingestas diarias, manera de cocinar, patrones de obesidad y sedentarismo y la frecuencia en la práctica de ejercicio físico. Todos los grupos valoran positivamente la alimentación mediterránea del país de acogida, aunque manifiestan temen la pérdida de hábitos tradicionales más sanos como, por ejemplo - dejar de consumir productos frescos y comidas caseras y comenzar a utilizar comida rápida o preparada-. Todas las madres señalan a las maestras de sus hijos como autoridad en temas alimentarios.

Conclusiones: La información obtenida facilita la elaboración de material divulgativo para familias y mejora el conocimiento que el equipo de salud comunitaria tiene sobre los hábitos alimentarios, hecho que permitirá incidir mejor en la educación para la salud en las comunidades de inmigrantes así como en el ámbito escolar.

Discusión: De la información obtenida nace la necesidad de buscar estrategias efectivas para aumentar el poder de convocatoria en las familias para realizar las actividades de educación para la salud.

Mesa de comunicaciones 12 / Concurrent session 12: Cuidados médico-quirúrgicos

AUTOR/ES:

Miguel Ruiz D, Roldán Merino L, Roldán Merino J Fco y Royo Arán Mª D

TÍTULO:

Satisfacción de los pacientes inmediatamente al alta hospitalaria en un Hospital Comarcal.

TEXTO DEL TRABAJO:**INTRODUCCIÓN:**

En los últimos años ha habido un incremento importante de estudios realizados con el objetivo de conocer la satisfacción de los pacientes, tanto en otros países como en el nuestro. El primero en definir que la satisfacción del paciente es una medida de resultado de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente fue Donabedian. Según él "la satisfacción del paciente constituye un elemento deseable del resultado de la asistencia sanitaria". Según Marquet para satisfacer las necesidades de los clientes debemos prestar servicios adecuados tanto a sus necesidades como a sus expectativas. Por tanto es prioritario conocer qué es lo que esperan de los servicios, cómo lo perciben y qué elementos determinan su satisfacción. En el sector sanitario se han desarrollado distintas aproximaciones metodológicas para identificar qué aspectos de la atención sanitaria son los más importantes para los pacientes. Aunque los más conocidos son los métodos cuantitativos como los cuestionarios, últimamente se han desarrollado técnicas cualitativas o de consenso, de gran interés y utilidad, como los grupos focales o nominales, realizados con usuarios en general o con grupos de pacientes con un problema determinado. Otras técnicas para recoger la información de los pacientes serían el buzón de sugerencias o el análisis de las reclamaciones. Pero el método que sigue siendo más frecuente con diferencia son las encuestas de satisfacción. La mayoría de las encuestas se basan en una estructura de respuesta de tipo Likert y presentan un formato multidimensional. Hasta la fecha en nuestro hospital no se ha realizado ningún estudio de satisfacción del paciente. Por este motivo se ha decidido realizar este trabajo, como punto de partida de participación de los pacientes en la mejora de los servicios prestados por el hospital.

- Objetivo General:

Conocer el nivel de satisfacción de los pacientes ingresados en nuestro hospital inmediatamente después del alta e identificar los factores relacionados con la satisfacción del paciente.

- Objetivos Específicos:

Conocer el nivel de satisfacción post-alta en relación al trato recibido por el personal del hospital.

Conocer el nivel de satisfacción post-alta en relación al respeto de la intimidad del paciente.

Conocer el nivel de satisfacción post-alta en relación al confort de las habitaciones del hospital.

Conocer el nivel de satisfacción post-alta en relación a la comida del hospital.

Conocer el nivel de satisfacción global de la asistencia recibida e identificar los factores relacionados con una mayor satisfacción de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- Diseño: descriptivo transversal.

- Lugar de estudio: Hospital Comarcal del Baix Llobregat de la Provincia de Barcelona en las áreas de hospitalización (Medicina Interna, Cirugía y Ginecología - Obstetricia).

- Población objetivo: enfermos dados de alta hospitalaria ingresados en cualquiera de las áreas de hospitalización.

- Población de estudio: Muestra de la población objetivo. Se calculó el tamaño de la muestra necesario para un porcentaje estimado de satisfacción del 80%, con una precisión del 5% y con un nivel de confianza del 95%. Siendo por lo tanto necesarios 315 pacientes aproximadamente. La obtención de la muestra sería a partir de todas las encuestas entregadas por los pacientes dados de alta en el mes de junio de forma consecutiva hasta obtener el tamaño de la muestra.

- Fuentes de información: El instrumento de medida ha sido un cuestionario diseñado a partir de los utilizados en otros hospitales de Barcelona. Este cuestionario recoge información sobre el trato recibido, el confort de la habitación, el respeto de la intimidad, la comida, la información recibida y la satisfacción global de la asistencia.

- Variables del estudio:

Dependientes (Satisfacción global de la asistencia recibida de los pacientes)

Independientes (sexo, edad, quien contesta el cuestionario, tipo de ingreso, servicio de ingreso, accesibilidad, acompañamiento a la habitación, satisfacción con el trato, con el respeto de la intimidad, con la información recibida, con el confort de la habitación, con la comida y si volvería a este hospital).

- Analisis estadístico:

La satisfacción global con la asistencia recibida se valoró mediante una escala de 1 a 10, categorizando a la población en dos grupos según los valores del percentil 50. El grado de asociación entre la satisfacción global y las otras variables se ha establecido mediante un modelo de regresión logística.

RESULTADOS:

Durante el mes de estudio se retornaron 360 cuestionarios. Si el número de altas hospitalarias totales que hubo durante ese mes fueron de 500, la tasa de respuesta ha sido del 72%. El 56,1% de los que contestaron eran mujeres. La edad media fue de 53,2 (DE 19,7) años, con un rango que iba de 16 a 97 años. EL 63,4% tenían más de 45 años, siendo mayores de 64 años el 34,4%.

En el 64,4% de los casos el cuestionario fue contestado por el propio paciente y en el 33,6% por un familiar. El servicio de ingreso hospitalario fue Cirugía en el 52,5% de los casos, Medicina Interna en el 35,6% y Ginecología-Obstetricia en el 43,6%. De los ingresados por urgencias el tiempo de espera fue superior a una hora en el 34,5% de los casos. De los que habían ingresado programados, se les avisó del ingreso el mismo día en el 4,6% de los casos.

Sólo hubo 4 personas que declararon que no se les acompañó a la habitación (1,1%). El 73% declaró que conocía el nombre de su médico. El 82% declaró que pensaba que se le había informado bien o muy bien en relación a su enfermedad, y un 91,9% que se le había informado antes de hacerle cualquier prueba. De éstos, en el 68,5% de los casos la información la había dado el médico.

El porcentaje mayor de satisfacción ha sido el trato del personal del hospital (tanto médico, como de enfermería, celadores y personal de limpieza) y el menor porcentaje corresponde al ruido, comodidad de la habitación y respeto de la intimidad.

La valoración de la satisfacción global se ha clasificado según la mediana en respuestas satisfechas (escala igual o superior a 8), e insatisfechas (escala inferior a 8).

Se ha realizado una regresión logística introduciendo en el modelo inicial aquellas variables que en el análisis univariante han obtenido un nivel de significación $< 0,20$: accesibilidad, servicio de ingreso, conocimiento del nombre de su médico, satisfacción con la información recibida, información de las pruebas diagnósticas, satisfacción con el trato recibido, respeto de la intimidad, confort y comida. Se han incluido también la edad y el sexo independientemente de su significación. Posteriormente se ha realizado el método de exclusión secuencial eliminando aquellas variables que no producían cambios importantes en los coeficientes de las variables más relevantes. En el modelo final han sido estadísticamente significativas con el nivel de satisfacción global, la satisfacción con la información recibida (OR de 4,9; intervalo de confianza de 95% de 1,1 a 22,1), la satisfacción con el respeto de la intimidad (OR de 3,3; intervalo de confianza de 95% de 1,5 al 7,4), la satisfacción con el trato recibido (OR de 2,4; intervalo de confianza de 95% de 1,1 a 5,0) y la satisfacción con el confort (OR de 2,6; intervalo de confianza de 95% de 1,2 a 5,3). A mayor satisfacción de cada una de estas variables, mayor ha sido la satisfacción global de la asistencia recibida.

LIMITACIONES: El tipo de muestreo (muestreo consecutivo) y el periodo de tiempo (junio) en que se ha realizado el estudio pueden hacer que la muestra obtenida no sea representativa de la población objetivo. Por otro lado, aunque la tasa de respuesta ha sido elevada no sabemos si los que no han contestado han sido los más o los menos satisfechos. Según diversos autores en este tipo de cuestionarios da la impresión de que suelen contestar los menos insatisfechos. Para Fitzpatrick, en estos cuestionarios de tipo general, se tienden a dar respuestas más positivas de satisfacción y con poca variabilidad, por lo que hay que tenerlo en cuenta a la hora de interpretar los resultados.

RECOMENDACIONES: En primer lugar hay que realizar propuestas a la Dirección del Hospital que incluyan estrategias de mejora de los factores peor valorados por los pacientes, sobretodo en relación al confort de las habitaciones y una mejora del respeto de la intimidad. Estas propuestas deben ir encaminadas a: redefinir los horarios de visita a los pacientes, mayor control del número de visitas a los pacientes, habitaciones con menos camas, mayor número de asientos para familiares y renovación del mobiliario de las habitaciones. Por otro lado se deberían realizar nuevas encuestas que incluyan otras dimensiones y otros factores relacionados con la satisfacción, así como valorar técnicas cualitativas.

CONCLUSIONES: 1. La satisfacción global con la asistencia recibida en nuestro centro se puede considerar aceptable. 2. Los factores que más influyen en la satisfacción de los pacientes son la información recibida, el respeto de la intimidad, el trato recibido por el personal del hospital y el confort de las habitaciones. 3. Lo mejor valorado por los pacientes ha sido el trato recibido por el personal del hospital y lo peor valorado ha sido el confort de las habitaciones, sobretodo el ruido (influenciado por las visitas a los pacientes), la comodidad (habitaciones pequeñas) y la temperatura (calor). 4. El respeto de la intimidad ha sido aceptable aunque habría que mejorarlo por su influencia en la satisfacción global. Su insatisfacción puede estar relacionada también con las visitas a los pacientes. 5. La satisfacción con la comida no parece influir en la satisfacción global. 6. Se deben proponer estrategias de mejora encaminadas sobretodo al confort y respeto de la intimidad.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Mibank Memorial Fund Quart* 1966;44:166-202.
2. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: I-Important general considerations. *BMJ* 1991;302:887-889.
3. Marquet R, Pujol G, Jiménez J. Cuestionarios de satisfacción: ¿una respuesta demasiado sencilla para un tema complejo?. *Cuadernos de Gestión* 1995; 1:37-47.
4. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev. Calidad Asistencial* 2001;16:276-279.
5. Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios anitarios. *Rev. Calidad Asistencial* 2002; 17 (1):22-29.
6. Bohigas L. La satisfacción del paciente. *Gac Sanit* 1995;9:293-286
7. Ibern P. la medida de la satisfacción en los servicios sanitarios. *Gac Sanit* 1992;6:176-185.
8. Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Peset R, Ybarra J, Pérez - Jover V, Palazón I, LLorca E. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev. Calidad Asisrencial* 2002;17 (5):272-283..
9. Castro I, Díaz C, Fernández-Crehuet R, Martínez D, Massa J,. Satisfacción en pacientes posthospitalizados. *Med. Preven* 2000; 6:19-24
10. Hall J, Dorman C. Patient sociodemographic characteristics as predictor of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Soc. Scie Med* 1996;30: 811-8
11. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction:II-Desingning a questionnaire and conducting a survey. *BMJ* 1991;302:1129-1132.
12. Meterko M, Nelson EC, Rubin HR. Patient judgements of hospital quality. *Med Care* 1990; 28 (supplement).
13. Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez- Marín J, Buil JA., Castell M, Vitaller J, SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *med. Preven* 1998;5: 12-18
14. Ware JE, Hays R. Methods for measuring patient satisfaction wiht specific medical encounters. *Med. Care* 1988;26: 393-402.

AUTOR/ES:

Baraza A, Ojeda B, Pulido R, Portolés M, Revilla T, Sánchez P.

TÍTULO:

Estilo de respuesta espontánea de las enfermeras en la Relación de Ayuda.

TEXTO DEL TRABAJO:

Todas las personas tienen, de forma latente o manifiesta, la capacidad de comprender y resolver con éxito sus problemas siempre que se facilitan unas relaciones humanas positivas(1). Para ello, hay que entender la Relación de Ayuda (RA) como un proceso de interrelación protagonizado por el enfermero y el paciente. En este proceso, el profesional sanitario capta las necesidades de la persona que precisa o solicita nuestra ayuda, utilizando prioritariamente la comunicación. El objetivo no es otro que el descubrimiento, por parte del individuo, de su propio potencial para afrontar los problemas que le afligen(2).

La facultad de establecer una RA no es innata en la persona, sino que es necesario el aprendizaje y desarrollo de una serie de habilidades. La finalidad de la RA busca aumentar la competencia relacional, constituida por tres elementos(3): un conjunto de conocimientos, la capacidad de utilizarlos en la práctica y un completo de actitudes que permitan establecer buenas relaciones humanas. Para que se den unas relaciones humanas positivas, entre el enfermero y el paciente, hay que considerar los siguientes elementos necesarios para desarrollar la RA: actitud empática, escucha activa, aceptación incondicional y autenticidad.

Existen diferentes tipos de respuesta espontánea en el diálogo de RA, el cual tiene como propósito ayudar a la persona en crisis. Estas respuestas reflejan las diferentes tendencias en cuanto a la intención de asistir a los demás(4):

- Respuesta de valoración o juicio moral: de forma más o menos directiva se le indica al ayudado cómo debería comportarse.
- Respuesta interpretativa: el ayudante responde haciendo una interpretación a partir de su experiencia, en relación a un aspecto concreto.
- Respuesta de apoyo-consuelo: actitud maternalista/paternalista que favorece la regresión y la dependencia, o el rechazo a ser tratado con piedad.
- Respuesta de investigación: se hacen preguntas para profundizar en la situación expuesta por el ayudado, puede convertirse en un interrogatorio.
- Respuesta del tipo solución del problema: se le indica el método o consejos que pondrían fin a su problema.
- Respuesta empática: se basa en la escucha activa y en la reformulación, es la menos natural y espontánea, pero es el resultado de un proceso activo que facilita que el ayudado tome conciencia de su situación y de los recursos que dispone para hacerle frente.

Los estilos de RA dependen de dos factores fundamentales: la disposición del ayudante y el uso del poder. Según la disposición del ayudante la RA puede estar centrada en el problema o en la persona. Respecto al uso del poder, según el uso que el ayudante haga del mismo, la RA puede ser directiva o facilitadora. Al combinar estos factores, surgen diferentes estilos de RA: autoritario, democrático-cooperativo, paternalista y empático-participativo(5).

Parece estar claro que si bien todos los estilos pueden tener su lugar en la RA, es el estilo empático participativo el que debería constituir el fondo del ser de los enfermeros en nuestra profesión; la actitud empática, junto con un estilo de RA del tipo empático participativo, sería la clave del éxito a la hora de llevar a la práctica la RA en el hospital (6). Otros autores consideran los valores como principios que guían nuestra acción, convencidos de que se trata de competencia profesional, adquirible por el conocimiento y la práctica(7).

Para identificar el propio estilo de respuesta espontánea, detectar la tendencia de cada uno en el diálogo de RA, Bermejo describe un ejercicio(8) que permite medir el estilo de RA de las enfermeras. Refleja el modo de responder cuando el paciente nos comunica algo que le preocupa relacionado con su situación(9). La RA es intrínseca a los cuidados, es un vínculo entre la enfermera y el paciente, de ahí que no se considere como una característica de nuestra profesión,

sino como la condición "sine qua non" de la eficacia de los cuidados(10).

El objetivo general de nuestro estudio es determinar los factores que influyen en la emisión de las respuestas espontáneas en la RA entre las enfermeras de nuestro hospital. Como objetivos específicos nos planteamos: identificar el estilo de respuesta espontánea predominante, verificar el grado de conocimientos y habilidades en RA y, determinar si la experiencia es un factor positivo que modifica la respuesta espontánea, hacia una RA empático participativa.

Metodología

Se trata de un diseño descriptivo observacional. El universo de nuestro estudio piloto se centra en un grupo de enfermeras del hospital. La muestra está formada por cincuenta enfermeras, seleccionadas de forma aleatoria de un total de setecientas. Los criterios de selección fueron que tuvieran al menos un año de experiencia profesional y que desarrollaran su actividad en hospitalización.

Las variables a estudio han sido el estilo de respuesta espontánea y los factores: conocimientos, habilidades, tiempo y experiencia.

Los instrumentos utilizados han sido un ejercicio de respuesta espontánea en RA, cuya finalidad es identificar la tendencia de cada uno en el diálogo de RA. El ejercicio consta de 10 casos con 6 posibles respuestas, se debe seleccionar la que más se identifique y aproxime con la forma de actuar en la interacción diaria con los pacientes. Un cuestionario semiestructurado de elaboración personal, formado por cuatro ítems cerrados, referentes a los factores: conocimientos, habilidades, tiempo y experiencia con dos opciones de respuesta cada una. No se solicitaron datos demográficos, por tratarse de una profesión mayoritariamente de género femenino y, en vez de considerar la edad como dato relevante, consideramos la inclusión de los años de experiencia profesional, como variable que pudiera dar lugar a modificar el tipo de respuesta en la RA.

Para el análisis estadístico se realizó una estadística descriptiva: tablas de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, cálculo de media, varianza y error típico, para las variables cuantitativas. Para comparar si existía asociación entre las distintas categorías de las variables: conocimientos, habilidades, tiempo y experiencia con el estilo de respuesta espontánea, se aplicó el test de la chi cuadrado. El nivel de significación utilizado fue alfa=0.05.

Resultados

Con respecto a la determinación del estilo de respuesta espontánea de las enfermeras a estudio en nuestro hospital, comprobamos que la categoría juicio moral, empatía e interpretativa, representaban el 2%, 8% y 2%, respectivamente, del total de la muestra. Por lo que solamente se recogen los resultados referidos a las relacionadas con apoyo-consuelo, investigadora y solución de problema, siendo esta última la predominante, representada por el 57% de la muestra, le sigue la investigadora con una respuesta del 25% y, finalmente, apoyo-consuelo con el 18%. Respecto a los conocimientos, nos encontramos que tan solo el 20% considera que tiene suficientes conocimientos. En cuanto a las habilidades necesarias para que se dé una RA eficaz, el 40% considera que posee habilidades suficientes, frente al 60% que consideran que no las poseen. La disponibilidad de tiempo parece ser un factor clave para que se dé la RA, pero el 92% de la muestra considera que no dispone de tiempo suficiente. Respecto a la experiencia, el 88% opina que es un factor que influye positivamente en la RA enfermera-paciente.

Para elegir cuales son las posibles variables que pueden estar asociadas con el estilo de respuesta espontánea en nuestro fichero de datos, realizamos un análisis crudo mediante pruebas de independencia de la chi-cuadrado. En la tabla resultante se observa que no existe asociación entre las variables conocimiento, habilidades, tiempo y experiencia. Los conocimientos y habilidades que poseen las enfermeras muestreadas son independientes del estilo de respuesta espontánea que presentan. Igualmente, el tiempo y la experiencia también resultaron independientes del estilo de respuesta de las enfermeras a estudio. En cuanto al estudio estadístico realizado para averiguar el estilo de respuesta espontánea "empática" resultó no significativa, siendo por tanto, similar a los expuestos anteriormente.

Discusión

Parece estar claro que un estilo de RA de tipo empático-participativo, sería el recomendado a la hora de llevar a la práctica la RA en el ámbito hospitalario. Esta conclusión personal, reforzada por diversas tesis, entre las que destacan las defendidas por Cibanal (1991) y Bermejo (1998), no ha sido demostrada y la realidad es bien diferente. La enfermera se centra en el problema y no en la

vivencia de la persona, como lo demuestra el alto índice de respuesta de tipo solución del problema detectado entre los profesionales de enfermería participantes en el estudio. Los estilos de respuesta espontánea de nuestro estudio no son los más adecuados para que se produzca una RA eficaz. El tiempo y la sobrecarga laboral son los principales inconvenientes que las enfermeras presentan para justificar la escasa o ausente RA en nuestro hospital.

A modo de conclusiones podríamos resumir las siguientes:

- El término RA les resulta familiar a pesar de no comprender con exactitud cuál es su significado.
- No disponen de los conocimientos necesarios para saber qué es lo que tienen que hacer.
- No poseen las habilidades relacionales y actitudinales que les permitan establecer una RA empática con el ayudado.
- Consideran que la dinámica asistencial dificulta la disponibilidad del tiempo necesario para poder establecer la relación.
- Aunque para ellas la experiencia profesional es un factor importante, los resultados del estudio no demuestran que se de una mayor respuesta empática en función de los años trabajados.

A la vista de los resultados de este estudio piloto se sugiere, para solucionar las deficiencias en RA que presentan las enfermeras del área de hospitalización, elaborar e implementar un programa de formación dirigido a la adquisición de conocimientos y habilidades necesarias para desarrollar un estilo empático-participativo que facilite una RA útil y eficaz.

Se considera conveniente hacer mención a que gran parte de las enfermeras de nuestro hospital proceden de todo el territorio nacional. Esto da lugar a una gran diversidad en cuanto a formación académica, lo que también se traduce como distintas formaciones previas en RA.

Como conclusión de este trabajo pudiera surgir una hipótesis para la realización de un futuro trabajo de investigación. El programa educativo de formación propuesto generará cambios en el comportamiento de las enfermeras de nuestro hospital, proporcionándoles las herramientas adecuadas para conseguir un estilo de RA empático-participativo. Mejorará la relación interpersonal y, en consecuencia, la calidad de la asistencia prestada por nuestras enfermeras a pacientes, familiares y compañeros.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Rogers C. El proceso de convertirse en persona. Barcelona: Paidós; 1986.
- 2.- Cibanal L. Interrelación del profesional de enfermería con el paciente. Barcelona: Doyma; 1991.
- 3.- Iandolo C. L'asistencia psicológica al malato. Roma: Luigi Pozzi; 1986.
- 4.- Chalifour J. La relación de ayuda en cuidados de enfermería. Una perspectiva holística y humanística. Barcelona: SG Editores; 1994.
- 5.- Bermejo JC. Apuntes de relación de ayuda 1. Cuadernos del Centro de Humanización de la Salud (Religiosos camilos). 5ª ed. Santander: Sal Térrea; 1998.
- 6.- Cibanal L, Arce MC. La relación enfermera paciente. Alicante: Universidad de Alicante; 1991.
- 7.- Pérez A, González A, Tirado A, Pérez MT, Jara FJ, Cuadrado A. Valores y relación de ayuda en enfermería. Supuestos previos para su enseñanza. Salud y Cuidados [en línea] 2002 [fecha de acceso 20 de marzo de 2007]; 2. URL disponible en: <http://www.saludycuidados.net/numero2/valores.htm>
- 8.- Bermejo JC, Carabias R. Relación de ayuda y enfermería 3. Cuadernos del Centro de Humanización de la Salud (Religiosos camilos). 2ª ed. Santander: Sal Térrea; 1998.
- 9.- Carbelo B, Rodríguez de la Parra S. La autoestima, un elemento fundamental en la relación de ayuda. Metas Enfermería 1998; II(11):9-14.
- 10.- Adam E. Être infirmière. Un modèle conceptuel. Canadá: Maloine; 1991.

AUTOR/ES:

Pascual Balsalobre, Francisco J. Marquez*, Cristina Muñoz, Ismael Buño, Ildefonso Espigado*, Jorge Gayoso, Alfonso Gómez-Pineda, Alvaro Urbano*, Jose L Díez-Martín
Centro de trabajo: HGU Gregorio Marañón, Madrid. *Hosp. Univ. Virgen del Rocío, Sevilla

TÍTULO:

Gestión electrónica del programa de trasplante hemopoyético ¿Por qué algunos candidatos no llegan a trasplantarse?

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción

El trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) es una estrategia terapéutica consolidada en el tratamiento de enfermedades malignas linfohemopoyéticas, aplasias e inmunodeficiencias congénitas o adquiridas, así como de algunos procesos autoinmunes y tumores sólidos. [1], [2].

La actividad de trasplante hemopoyético se ha acompañado de una intensa actividad investigadora, en buena parte impulsada por los registros y grupos de investigación cooperativa en este ámbito (Center for Internacional Bone Marrow Transplant Research, European Group for Blood and Marrow Transplantation, Grupo Español de Trasplante Hemopoyético...). Sin embargo, una parte importante de la evidencia sobre la utilidad del TPH procede de estudios retrospectivos de registro, que además sólo tienen en cuenta los procedimientos realizados. Asimismo, hay que prestar atención al hecho de que es escasa la información sobre los pacientes en los que se ha indicado la realización de un trasplante hemopoyético y el mismo no ha llegado a realizarse. Y los estudios que abordan este tema generalmente lo hacen de forma marginal, centrándose en causas puntuales, y/o en el contexto de patologías o pacientes concretos [3, 4, 5, 6, 7].

Desde que un paciente es presentado como candidato a TPH, hasta la eventual realización del mismo, transcurre un período variable de tiempo (incluso varios meses), durante el que pueden ocurrir una serie de eventos que condicionen la viabilidad del procedimiento. Dichos eventos pueden ser de naturaleza clínica (imposibilidad de obtención de progenitores, no disponibilidad de donante, comorbilidad, progresión de la enfermedad de base, no indicación, etc.) o de otra naturaleza (negativa del paciente, problemas logísticos, etc.). Por lo tanto, es imprescindible una coordinación óptima de todos los profesionales que participan en la programación de un TPH, para evitar situaciones que pudieran comprometer la posibilidad de que un paciente se beneficie del procedimiento de trasplante.

En un intento de favorecer la coordinación del equipo multidisciplinar implicado en la organización de un TPH, desde la Unidad de Coordinación de TPH del HGU Gregorio Marañón impulsamos el desarrollo en 2002 de GesTHronica® una aplicación informática para la gestión electrónica del programa de trasplante hemopoyético. Esta herramienta, además de facilitar la documentación del proceso y el manejo de la información necesaria para configurar y mantener actualizada la agenda de trasplante hemopoyético, permite la trazabilidad del paciente candidato, desde su incorporación al programa de trasplante hasta la realización del mismo, o su eventual exclusión del programa, optimizando la coordinación de todos los profesionales clínicos implicados en la organización y realización del TPH, en un intento de minimizar los casos en los que el paciente candidato no llega a beneficiarse de esta aproximación terapéutica por razones organizativas.

No hay que olvidar finalmente que la gestión del paciente candidato a TPH y la evolución del mismo está muy condicionada por la idiosincrasia local del centro (estructura organizativa, protocolos clínicos, perfil epidemiológico, etc.).

El elevado grado de tecnificación y especialización asociado al trasplante de progenitores como tal y a los procedimientos preparatorios del mismo, con un coste asociado acorde con dicha complejidad, requiere un control estricto de todo el proceso para minimizar el coste de oportunidades asociado a la pérdida de casos atribuibles a causas evitables. Con esa filosofía desarrollamos y pusimos al servicio de los profesionales del Trasplante Hemopoyético del país GesTHronica®. Sin embargo, la evidencia sobre la utilidad de la herramienta es todavía preliminar y local. Por ello, un análisis en profundidad de la evolución de los pacientes candidatos a trasplante hemopoyético, y de las causas de exclusión de los que no llegan a beneficiarse del mismo, en dos instituciones independientes con experiencia en la gestión electrónica del paciente candidato es, desde nuestro punto de vista deseable y pertinente.

Objetivos

1. Identificar la proporción de casos que no llegan a trasplante, 2. Analizar las causas de la exclusión de programa, 3. Estudiar las diferencias clínicas y sociodemográficas entre los pacientes que llegan a trasplante y los que son excluidos del programa y 4. Analizar las diferencias observadas entre instituciones

Metodología

Diseño

Estudio observacional coordinado de la cohorte de pacientes candidatos a trasplante hemopoyético en 2 Hospitales Universitarios –HGU Gregorio Marañón en Madrid (HGUGM) y HU Virgen del Rocío en Sevilla (HUVR) en los que se ha implantado la aplicación informática GestThronica® como plataforma para la gestión electrónica de la agenda del trasplante hemopoyético.

Sujetos de estudio

Como sujetos de estudio (unidad de análisis) consideramos a todos los pacientes, incluidos de forma consecutiva en GestThronica® desde Enero de 2003, presentados en el Comité de Trasplante Hemopoyético como candidatos, “de novo” o en ocasiones subsecuentes, a beneficiarse de un procedimiento de trasplante hemopoyético en el contexto del tratamiento de su enfermedad de base.

Análisis estadístico

Inicialmente se procedió al análisis descriptivo de las características de cada una de las cohortes (excluidos y no excluidos). Posteriormente se calculó la proporción de casos excluidos y se analizó el tiempo hasta la exclusión (en los excluidos) o hasta el trasplante (en los trasplantados). El seguimiento de los pacientes no excluidos/trasplantados en el momento del análisis fue censurado. Los cálculos anteriores se estratificaron por institución y variables sociodemográficas y clínicas relevantes, comparando la cohorte de excluidos y no excluidos.

El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS, versión 12.0.

Resultados

Desde Ene-03 (Equipo #1) y Feb-05 (Equipo #2), 459 pacientes “de novo” (266 y 193 respectivamente) fueron presentados de forma consecutiva en el comité de TPH, como candidatos a beneficiarse de dicho procedimiento terapéutico. Además, 51 pacientes fueron presentados para un TPH adicional como consecuencia de alguna complicación tras el TPH previo (recaída de la enfermedad, fracaso del injerto, o neoplasia secundaria).

La indicación del TPH fue desestimada en el momento de la presentación en 29 casos (5.7%), y revocada por una buena evolución clínica en 22 casos adicionales (4.3%).

El diagnóstico para los 459 pacientes finalmente elegibles fueron: Leucemia aguda (LA)/mielodisplasia (MDS) (37.5%), síndrome linfoproliferativo (33.5%), mieloma múltiple (MM) (15.5%), tumor sólido (5.5%) y otro diagnóstico (8%). De ellos, 282 (66%) habían sido trasplantados en el momento del análisis (54.3% auto-TPH and 45.7% alo-TPH), tras una mediana de tiempo desde la inclusión en programa de 4 m (0.13-30). 125 (27%) pacientes fueron excluidos de programa de TPH (59% hombres, edad mediana 47.5 años (4-69)) debido a movilización insuficiente (27.8%), progresión de la enfermedad (26.1%), comorbilidad o muerte (20%), negativa del paciente (14.8%) y otras (11.3%). El 32% de los pacientes programados para trasplante autólogo fueron excluidos, de éstos, el 40% lo fue por movilización insuficiente. De los pacientes candidatos a trasplante alogénico se excluyó el 20.5%, principalmente por progresión de la enfermedad de base (27%). De los pacientes con LA/SMD, las causas fundamentales de exclusión fueron la comorbilidad o muerte (29%) y la progresión (27%). En los pacientes con síndrome linfoproliferativo la causa principal de exclusión fue la movilización insuficiente (42%) seguida de progresión de la enfermedad (27%). Y en los pacientes con MM la progresión (28%) y la movilización insuficiente (28%). Finalmente, en los pacientes con tumor sólido, el 67% de los excluidos lo fue por progresión de la enfermedad. Las diferencias entre los pacientes de ambos equipos de TPH fueron comparables en relación con el sexo, tipo de TPH previsto, proporción de pacientes presentados por 1ª vez y tiempo de seguimiento en programa ($p>0.05$).

La institución #1 incluyó pacientes mayores (43.4 vs 37 años), menor proporción de pacientes con leucemia (31.3% vs 43.6%), en favor de pacientes con síndromes linfoproliferativos (39% vs 26.5%) ($p<0.05$). La proporción de exclusión fue comparable en ambos equipos, incluso después de segregar la serie por diagnóstico ($p>0.05$).

Las diferencias entre los pacientes trasplantados y los excluidos de programa fueron no significativas en relación con las variables sexo, tiempo de seguimiento y diagnóstico ($p>0.05$). Es-

tas diferencias persistieron comparables tras segregar la serie por tipo de trasplante previsto. Los candidatos excluidos eran mayores (39 vs 44.5 años; $p=0.002$) y con antecedentes de trasplante previo (40% vs 26%; $p=0.04$).

Discusión

En 2003, Sancho et al [8], publicaron su experiencia en el análisis de las causas por las que no se llegaba a realizar el TPH en pacientes remitidos a la consulta pre-trasplante. De los 129 pacientes analizados, correspondientes al período 1999-2002, observaron casi un 30% de pacientes excluidos de programa (incluyendo un 10% de aplazamientos).

En relación con las causas de dicha exclusión, más de la mitad de los casos (56%) estuvieron relacionados con problemas de no movilización ó progresión de la enfermedad de base. Sin embargo, según otras series la proporción de excluidos del programa puede alcanzar casi el 40% en determinados subgrupos (pacientes mayores de 60 años, con Leucemia Mieloide Aguda "de novo", en los que se había establecido la indicación de trasplante autólogo una vez completada la quimioterapia inicial) [9]. Aunque la gestión del paciente candidato a TPH está muy condicionado por la idiosincrasia local, las características de los pacientes trasplantados y los excluidos fueron bastante similares en ambas instituciones. En nuestra serie, el TPH no se llegó a realizar en 1 de cada 4 candidatos con indicación, fundamentalmente por problemas de movilización (candidatos a Auto-TPH) o complicaciones clínicas/progresión de la enfermedad de base (candidatos a Alo-TPH). No hemos encontrado variables clínicas o sociodemográficas que se asocien a un mayor riesgo de exclusión, aunque para reducir esta proporción de procedimientos frustrados deberían implementarse medidas específicas y explorarse estrategias alternativas encaminadas a reducir el riesgo de exclusión por problemas de movilización o progresión de la enfermedad de base y a aspectos que puedan influir en la coordinación del programa de trasplante (logísticas, burocráticas,...). La gestión electrónica del Comité de TPH permite un seguimiento cercano de la evolución de los pacientes candidatos y una coordinación óptima de los miembros del equipo de trasplantes.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Blume KG, Forman SJ, Appelbaum FR (eds.). Thomas' Hematopoietic Cell Transplantation (3rd edition). Malden, MA: Blackwell Science; 2004.
2. Carrión R, Balsalobre P, Díez-Martín JL. "Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos: Trasplante autólogo". En: C. Perezagua (dir). Tratado de Medicina Interna. Barcelona: Ariel 2005
3. Tomas JF, Calvo JM, Gomez-Garcia de Soria V, Pinilla I, Figuera A, Fernandez-Rañada JM. Access to bone marrow transplantation in acute myeloblastic leukemia. Study of 52 patients treated in a single center. Med Clin (Barc) 1997;109(1):12-5.
4. Anasetti C, Petersdorf EW, Martin PJ, Woolfrey A, Hansen JA. Improving availability and safety of unrelated donor transplants. Curr Opin Oncol 2000;12(2):121-6
5. Dispenzieri A, Kyle RA, Lacy MQ, Therneau TM, Larson DR, Plevak MF et al. Superior survival in primary systemic amyloidosis patients undergoing peripheral blood stem cell transplantation: a case-control study. Blood 2004;103(10):3960-3
6. Morris TC, Velangi M, Jackson G, Marks DI, Ranaghan L. Less than half of patients aged 65 years or under with myeloma proceed to transplantation: results of a two region population-based survey. Br J Haematol 2005;128(4):510-2
7. Red Española de Donantes de Médula Ósea. Memoria anual de actividades. REDMO 2005. Disponible en www.fcarreras.org/pdf/memoria_redmo_2005.pdf
8. Sancho JM, Ribera JM, Oriol A, Batlle M, Flores A, Rodríguez LI et al. Causas por las que no se realiza el trasplante de progenitores hematopoyéticos en pacientes remitidos a una unidad de trasplante. Med Clin (Barc) 2003;121(11):401-4
9. Oriol A, Ribera JM, Esteve J, Guardia R, Brunet S, Bueno J et al. Feasibility and results of autologous stem cell transplantation in de novo acute myeloid leukemia in patients over 60 years old. Results of the CETLAM AML-99 protocol. Haematologica 2004;89(7):791-800 □

AUTOR/ES:

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

TÍTULO:

¿Cuáles son los factores que condicionan en la elección de un modelo enfermero para la práctica profesional? Estudio cualitativo.

TEXTO DEL TRABAJO:**INTRODUCCIÓN:**

Pese a que la profesión enfermera depende de la teoría, esta no se ha desarrollado de acuerdo con la evolución de la disciplina (1-3). En la actualidad se constata: reducida implantación del proceso enfermero, diferentes métodos utilizados en el trabajo diagnóstico, un lenguaje normalizado con diferente grado de implementación (4) y escasa integración teórica y profesional (2,4-6). Esto se traduce en falta de autonomía laboral y aplicación incompleta de las intervenciones enfermeras bajo marcos conceptuales propios (3). Los modelos se centran en "lo que debería ser" y son considerados frecuentemente impracticables por las enfermeras base, puesto que ellas están más interesadas "por lo que son" (7).

Muchos profesionales son influenciados por varios modelos formales y estructuras que no permiten una sola perspectiva (8), de hecho, la complejidad de las respuestas humanas dificulta que un solo modelo enfermero pueda dar explicación a todas ellas (3,9). A pesar de su importancia, hay estudios que hacen referencia a que existen fuertes valores y conocimientos enfermeros en los profesionales recién titulados, sin embargo, gran número de factores impiden ponerlos en práctica (6). Tanto por causas extrínsecas como por intrínsecas a la profesión: limitaciones de ideología médica dominante, la estructura organizativa de las instituciones (2,6), la elevada carga asistencial en las unidades de trabajo (6,10), la complejidad de los modelos (11) y reglas "encubiertas" por las que son socializados los profesionales según las necesidades de las instituciones, de forma que prevalece el cuidado de aspectos físicos sobre el resto (6). Además de la resistencia al cambio, y la percepción de carencia de aplicabilidad de los modelos teóricos (11), preocupándose más por habilidades técnicas y dominio de procedimientos sin echar de menos el desarrollo del rol autónomo, y la aplicación de metodología enfermera para la planificación del cuidado (12). Especialmente si los modelos enfermeros son impuestos sin tener en cuenta el profesional asistencial (7). Si nos centramos en la docencia, destacar, que en nuestro entorno las enfermeras son formadas mayoritariamente bajo el modelo de Virginia Henderson (13) y que la institución objeto de estudio carecía de metodología enfermera para el trabajo diario en el momento de la recogida de los datos. Con este estudio se intentó evaluar la similitud entre la práctica diaria y los modelos teóricos enfermeros hecho importante ya que existe poca reflexión sobre el tema y este acto es imprescindible previa asunción de un modelo en la práctica ya que es un proceso de reflexión individual y colectivo y un importante trabajo de consenso (5). Y sobre todo teniendo en cuenta la carencia de literatura en investigaciones basadas en la opinión de las enfermeras asistenciales de salas hospitalarias en lo referente a modelos hecho sorprendente puesto que son considerados base para cuidar a nivel internacional (7) ya que las investigaciones ponen de manifiesto la importancia de la participación activa de los profesionales (6).

OBJETIVOS:

1. Conocer el posicionamiento teórico de los profesionales de enfermería sobre la adopción de un nuevo modelo y/o teoría enfermera para la práctica diaria en nuestro centro de trabajo.
2. Establecer el nivel de aplicabilidad sobre los modelos y teorías por parte del personal de enfermería en la actividad asistencial.

METODOLOGÍA:

Diseño: Estudio descriptivo, observacional, transversal. Los resultados presentados son parte de una investigación mayor realizada en toda la institución durante el año 2006 (204 profesionales encuestados). Fueron solicitados los permisos de Dirección y del Comité de Ética de Investigación Científica del centro.

Variable principal: Modelos y teorías enfermeras.

Variáveis secundarias: Edad, sexo, años de experiencia laboral, formación básica, modelo

enfermero que la guió, y formación complementaria relacionada con modelos o teorías enfermeras. Sujetos de estudio: La muestra estuvo formada por la totalidad de diplomados y/o A.T.S en activo en el momento del estudio de la Corporació Sanitària Parc Taulí (Sabadell) que quisieron participar de forma voluntaria.

Recogida de datos: Se utilizó un cuestionario de elaboración propia (revisado por el departamento de epidemiología del centro) que fue cumplimentado durante el horario laboral del personal (se hizo prueba piloto). Se entregó en mano recogiendo mediante una urna por asegurar la confidencialidad.

La pregunta que se presenta para el análisis cualitativo fue: "Si tuvieses que trabajar bajo la directriz de algún modelo de enfermería concreto ¿Por cuál te posicionarías? ¿Por qué?"

El tratamiento de los datos cuantitativos se realizó a través del paquete estadístico SPSS 11.0. Para el análisis se describieron las variables en forma de media y desviación estándar. Las variables categóricas se expresaron en forma de frecuencia y porcentajes. El estudio cualitativo se realizó a través de la preparación del texto (transcripción literal), un preanálisis (Lectura repetida, y clasificación provisional de temas) y el análisis a través de codificación, categorías lingüísticas, segmentación de categorías, y mapa de significados. Para llegar finalmente a la creación de un marco explicativo.

RESULTADOS:

Se entregaron 546 cuestionarios recogiendo 205, un excluido. Índice de respuesta del 38%.

Edad media 37 ± 9 , 91% mujeres, experiencia laboral 14 ± 9 años de los que 13 ± 9 son en el centro de estudio. El 90% son Diplomadas de Enfermería y el 74% fueron formadas bajo el modelo de Virginia Henderson. El 23% tiene formación complementaria sobre el tema. El 7,4% no cree positivo implantar un modelo en nuestro centro.

Cuando analizamos la primera parte de la pregunta se halló que el 44% dejó la pregunta en blanco. Un 35% marcaron V.Henderson. El 17% indicaron que no querían trabajar bajo la directriz de un modelo enfermero. El 4% indicó otros modelos o la combinación de varios (2 personas escogieron trabajar bajo el modelo de F. Nightingale además de indicar querer trabajar con metodología enfermera pero sin indicar un modelo enfermero (Trayectorias clínicas, M.Gordon, NANDA, planes de cuidados estandarizados...))

Cuando se les cuestionó el porqué de elegir un modelo o metodología, parte de los profesionales no contestaron. Los comentarios de los que si lo hicieron se clasificaron según categorías lingüísticas en: expresiones verbales relacionadas con el modelo, adjetivos relacionados con las características del modelo, expresiones verbales relacionadas con el encuestado, expresiones verbales relacionadas con la formación y otras.

La motivación categorizada se resume en:

1. Decisión por un modelo en concreto:

- Conocimiento del modelo en su formación.
- Estandarización en otros centros.
- Adaptación a las unidades de trabajo
- Características del modelo.
- Identificación con la filosofía.

2. Los que no se deciden por un modelo es por que:

- Son poco prácticos, necesitan mucho tiempo para desarrollarlos.
- Desconocimiento.
- No existe el ideal, posibilidad de combinación de varios.
- No son adecuados a la práctica.

Esta pregunta además fue utilizada en alguna ocasión para describir situaciones particulares como la falta de tiempo, cargas excesivas de trabajo y disconformidad con los superiores.

DISCUSIÓN:

La formación universitaria bajo la directriz de un modelo concreto condiciona la elección de éste para la práctica profesional, en la muestra de nuestro centro surgen varias teóricas, pero los profesionales en el momento de escoger se decantan mayoritariamente por V. Henderson. Sin embargo, existe un gran porcentaje de profesionales que dejan la pregunta en blanco (recordemos que el 74% indica V. Henderson como modelo formativo), por lo que sería importante tener una formación más amplia sobre el tema para poder elegir. No obstante, algunos estudios dónde han escogido un modelo, reconocen que lo hacían porque eran prácticos, sencillos, abiertos y con

lenguaje comprensible (14). Un 9% se decantan por una metodología enfermera, no sabemos si es que la prefieren para trabajar o es que confunden metodología y modelo enfermero. Predominan adjetivos positivos frente a negativos en cuanto a los modelos, es cierto sin embargo, que este análisis corresponde a los profesionales que voluntariamente quisieron responder, por lo que seguramente ya tenían una predisposición hacia el tema. Destacar que hubieron 300 cuestionarios sin contestar (seguramente por motivos como la falta de tiempo, desinterés por el tema, dificultad para acceder a todos los lugares de trabajo,...). Al igual que en otras investigaciones (7), se puede decir, que los profesionales tienen una visión positiva de los modelos y teorías, aunque existen opiniones negativas minoritarias expresadas francamente y de forma repetida. No obstante las posturas de total aceptación o rechazo de un modelo también obstaculizan el análisis y la reflexión en el mismo (15). Si que algunos de los comentarios reflejan la falta de tiempo en su práctica habitual que impide trabajar bajo modelo enfermero, factor también recogido en otros estudios relacionados con esta temática (7).

CONCLUSIONES:

1. El modelo escogido mayoritariamente para su labor diaria es el de Virginia Henderson, por lo que el conocimiento de un modelo es el principal motivo para su elección.
2. Los profesionales que explicitan un modelo concreto lo ven aplicable, aunque creen que carecen de tiempo para su aplicación.
3. Los profesionales que optan por no utilizar un modelo en su práctica realizan propuestas y piden recursos, además de manifestar la falta de conocimiento en el tema.
4. Los que no indican modelo concreto dejan la pregunta en blanco, no hacen comentarios.
5. Los comentarios reflejan que existe confusión entre conceptos de metodología y conceptos teóricos.
6. Para el avance de la profesión enfermera en nuestro contexto es necesario que se reflexione ampliamente sobre los conceptos abstractos de la teoría enfermera.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermería. Fundamentos teóricos de la práctica enfermera. Volumen I. Madrid: Hartcourt – Mosby; 2002.
- 2.Goulet C, Lauzon S, Ricard N. Enfermería de práctica avanzada:un tesoro oculto. *Enferm Clin*.2003;13(1):48-52.
- 3.Zabalegui A. Teoría y progreso de la ciencia de enfermería. *Enferm Clin* 2000;10(6):263-266.
- 4.Gonzalez MA. Proyecto NIPE [serie en Internet]. con [acceso 26 Oct 2005]. Disponible en: <http://www.msc.es>.
- 5.Alberdi R, Artigas B, Cuxart N, Aguera A. Guías para implantar la metodología enfermera. *Revista ROL Enfermería* 2003;26(9):73-4.
- 6.Maben J, Alter S, McLeod J. The theory-practice gap: impact professional-bureaucratic work conflict on newly-qualified nurses. *J Adv Nurs* 2006;55(4):465-477.
- 7.Mckenna H. The perception of psychiatric-hospital ward sisters/charge nurses towards nursing models. *J Adv Nurs* 1990;15:1319-1325.
8. McCutcheon T. Statement on nursing: a personal perspective. *Gastroenterology Nursing*. 2004;27(5):226-9.
- 9.Fornés J. *Enfermería de salud mental y psiquiátrica: planes de cuidados*. Ed. Panamericana 2005. Madrid.
- 10.Teixidor M. El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (I). *Revista Rol Enfermería* 2002;25(4):252-256.
- 11.Medina JL. ¿Teoría? ¿Práctica? El difícil equilibrio académico y profesional en la España “pre-europea” (II). *Revista ROL Enfermería* 2005; 28(4):246-248.
- 12.López J. Propuestas para el desarrollo profesional (I). *Enfermería Clínica* 2000;10(3):114 - 118.
- 13.Escuredo B. Humanismo y tecnología en los cuidados de enfermería desde la perspectiva docente. *Enferm Clin* 2003;13(3):164-170.
- 14.Atienza E, Delgado MT, Rubio MC. Aplicación práctica del Modelo Roper-Logan-Tierney en la asistencia. *Enferm Clin* 2003;13(5):295-302 .
- 15.Benavent MA,Ferrer E,Francisco C.Colección siglo 21.Editorial DAE.Con [acceso 1 abr 2006] Disponible en:<http://www.enfermeria21.com/Generalitats/ficheros/verFichero.php?NzAwMjU4NzA>

AUTOR/ES:

Abreu A, Rodríguez M, Carrasco MC, Sanchez JL, Carrasco AM, Arenas J, Barba R.

TÍTULO:

ELABORACION DEL GUION DE TEMAS PARA UN ESTUDIO CUALITATIVO EN PACIENTES POST INFARTO DE MIOCARDIO. Proyecto FIS PI070511

TEXTO DEL TRABAJO:**INTRODUCCIÓN:**

El infarto de miocardio (IM) continúa siendo una de las principales causas de muerte en los países industrializados, y aunque la tasa de mortalidad ha descendido en los últimos años, el número de pacientes que sobreviven y evolucionan a la cronicidad continúa en aumento (1).

Según la OMS, referente a todas las patologías, en 2020 se prevé una población mundial con más de 1000 millones de mayores de 60 años, lo que supondrá al menos un incremento de entre el 115% y el 257% en el número de personas dependientes respecto a 1990; por lo que en el mundo desarrollado o en desarrollo será necesario incrementar la asistencia a enfermedades cardiovasculares y disponer de un personal comunitario de enfermería para promover la salud y poner en práctica medidas preventivas. Considera a su vez que el papel de enfermería es crucial y rentable en la reducción de morbilidad, mortalidad y discapacidad y en promover estilos de vida saludables, y que prescindir del potencial de dicho servicio podría comprometer seriamente los sistemas sanitarios(2,3). En este sentido, hacer avances por medio de la investigación en el campo que nos compete nos hará indispensables.

Hoy día, los profesionales de enfermería, no dudan que ante una sociedad cada vez más exigente con los servicios sanitarios, es preciso responder con calidad a las necesidades de información, enseñar a gestionar la propia salud y educar para los autocuidados, funciones de nuestra competencia históricamente. Para ayudar a resolver los problemas que plantean los pacientes hay que conocerlos en su entorno, investigar en sus preferencias y en las dificultades que encuentran para autocuidarse y tomar decisiones acerca de su propia salud, por lo que los profesionales debemos elegir cuidadosamente el método más adecuado para conocer esa realidad concreta. El empleo de procedimientos mixtos en una investigación, probablemente podría ayudar a corregir los sesgos propios de cada método brindando resultados más ricos

En esta línea, cada vez se encuentra mayor número de publicaciones con investigaciones cualitativas (4,5) o que combinan la investigación cuantitativa y cualitativa que profundizan en problemas de nuestro interés y utilizan las taxonomías y lenguaje propios.

Este equipo de investigadores, preocupados por la alta incidencia del IM y por la cronicidad que presenta dicha patología en nuestra comunidad y más concretamente en nuestra provincia (6), inició hace cinco años una investigación para cuantificar las alteraciones de los pacientes post IM inicialmente, con la intención de profundizar de manera cualitativa con posterioridad, en la naturaleza de los problemas hallados, con la intención de que las intervenciones enfermeras seleccionadas para nuestros pacientes se ajustaran al máximo a esa realidad concreta.

OBJETIVOS:

- Elaborar un Guión de Temas para efectuar un estudio cualitativo a una muestra de pacientes post IM de una cohorte perteneciente a un estudio iniciado hace 5 años.
- Construir las líneas de información a partir de las Categorías y Subcategorías de dicho Guión de Temas, para elaborar las preguntas de las Entrevistas en Profundidad que se realizará a los pacientes.

MÉTODOS:

Se trata de un estudio cualitativo que forma parte de un estudio de investigación de diseño mixto sobre Calidad de Vida y Alteraciones de una cohorte de pacientes post IAM seguida durante 5 años. A partir de dicha cohorte se seleccionó a un grupo de pacientes a los que se realizarían Entrevistas en Profundidad con objeto de conocer más sobre la causa de sus problemas y sobre sus necesidades de cuidados. Para realizar las Entrevistas era preciso elaborar un Guión de Temas, para ello, se realizó un análisis ciego por pares de los problemas o Respuestas Humanas hallados a

la cohorte en la parte de la investigación cuantitativa; de ése modo se identificaron según la NANDA los principales Diagnósticos Enfermeros. Dichos diagnósticos se agruparon en sus Clases y éstas a su vez en sus Dominios (NANDA) (7), correspondiéndose respectivamente a las "Subcategorías, Categorías y Dimensiones" que formarían el Guión de Temas a seguir. Esta clasificación facilitaría a exploración ordenada de la información obtenida en las Entrevistas en Profundidad y la reducción de datos para efectuar los resúmenes, las anotaciones, codificaciones y relación entre temas etc, en el análisis cualitativo de los documentos. Para cada uno de los Niveles del Guión de Temas se marcaron unos objetivos que denominamos "Información a obtener..." que servirían de hilo conductor al entrevistador al efectuar la Entrevista a los pacientes. Tras efectuar entre los investigadores del estudio, dos rondas de triangulación de resultados y depuración posterior, se elaboró el Guión de Temas y el Guión de Preguntas definitivos.

RESULTADOS:

A continuación se presenta un resumen de los resultados principales del Guión de Temas, preguntas de la Entrevista en Profundida y de la "Información a obtener" :

- NIVEL 1

DIMENSIONES (Dominios según la NANDA) Percepción- cognición//CATEGORÍAS (Clases según NANDA)Cognición// SUBCATEGORÍAS (Diagnósticos según la NANDA)Conocimientos deficientes// "Información a Obtener": nivel cultural, motivación, capacidades y disponibilidad. Preguntas: 1.¿Qué sabe acerca de su enfermedad?(dieta, ejercicio, etc.,)¿Alguién le ha explicado .. piensa que está bien informado...? ¿Por qué no sigue las recomendaciones ...?¿Necesitaría saber más ...?

- NIVEL 2

DIMENSIONES (Dominios NANDA)Auto percepción// CATEGORÍAS (Clases NANDA)Autoestima// SUBCATEGORÍAS (Diagnósticos NANDA)Baja autoestima crónica// "Información a obtener": patrón anterior y relaciones sociales y familiares, creencias y valores, habilidad relaciones, grado de autoconfianza y de compromiso, red de apoyo y familia, recursos, capacidades comunicación. Preguntas: 1. ¿Qué opinión cree que tiene su familia , amigos sobre usted?¿Que importancia tiene para ellos? ¿toman decisiones juntos??¿Se siente capaz de emprender actividades, planes que le satisfagan?¿tomar decisiones?¿Se siente independiente?¿Algo que le ilusione?

- NIVEL 3

DIMENSIONES (Dominios NANDA)Afrontamiento/tolerancia al estrés// CATEGORÍAS (Clases NANDA)Respuestas de afrontamiento// SUBCATEGORÍAS (Diagnósticos NANDA)Afrontamiento inefectivo// "Información a obtener": patrón previo, recursos, apoyo social, confianza y autoestima, rol, conocimiento, autoconcepto, valores, creencias.Preguntas: ¿Cómo se enfrenta a su situación actual de salud?¿cómo se enfrenta a problemas?¿le generan ansiedad, malestar?¿utiliza recursos disponibles?¿pide ayuda? ¿Siente autocontrol ante toma de decisiones?¿Mide repercusiones?

- NIVEL 4

DIMENSIONES (Dominios NANDA)Rol/ relaciones//CATEGORÍAS (Clases NANDA)Desempeño del rol//SUBCATEGORÍAS (Diagnósticos NANDA)Desempeño inefectivo del rol// "Información Obtener": patrón anterior, estado emocional, limitaciones físicas, ocupación y satisfacción, propuestas. Preguntas:¿Qué hace a diario.. está a gusto?¿cambios estilo de vidas?¿rol familiar, laboral, social?¿tiene proyectos?En general ¿se encuentra satisfecho?

- NIVEL 5

DIMENSIONES (DominiosNANDA)Sexualidad// CATEGORÍAS (Clases NANDA)Función Sexual// SUBCATEGORÍAS (Diagnósticos NANDA)Disfunción sexual- Patrones sexuales inefectivos. "Información a obtener": patrón previo, causas físicas, medicación, psicológicas, conocimientos, alternativas a sexualidad, satisfacción - expectativas, autoestima, satisfacción relaciones familiares. Preguntas: ¿ha habido cambios ..?¿Por qué? ¿en su actividad sexual nota alguna limitación ..?¿le han explicado acerca de .. en sus relaciones ahora?..

- NIVEL 6

DIMENSIONES (Dominios NANDA)Actividad / reposo// CATEGORÍAS (Clases NANDA)Actividad/ ejercicio// SUBCATEGORÍAS (Diagnósticos NANDA)Deterioro de la movilidad física. "Información a obtener": patrón previo, estado de ánimo, físico,fármacos, barreras, apoyo social y familiar, relaciones sociales, laborales. Preguntas: ¿Tiene limitaciones para moverse o tener actividad física? ¿De qué tipo?¿Conoce la importancia de moverse y mantener actividad física?¿Necesita ayuda para moverse?¿Tiene barreras en casa?

DISCUSIÓN:

Hemos construido una Entrevista a partir de las Respuestas Humanas y Características Definitivas de los Diagnósticos Enfermeros principales de nuestros pacientes, por lo que estimamos que la información que se obtenga apuntará de manera específica a las causas de los problemas y barreras que alteran su CV.

Cuando se efectúan análisis de Contenido o del Discurso en una investigación cualitativa, poder disponer de un Guión de Temas específicos al problema que se desea estudiar puede ser determinante para unos resultados óptimos. Nuestro Guión de Temas está elaborado a partir de los problemas reales encontrados en nuestra muestra, por lo que las Recomendaciones de Intervención y Cuidados que concluyamos según los resultados de las Entrevistas, pueden ser eficaces para nuestros pacientes.

En la cohorte de pacientes post IM a la que pertenece la presente muestra de pacientes, se hallaron alteraciones coincidentes con las de estudios similares al nuestro (8,9), por lo que nuestro Guión puede ser válido en otras investigaciones con pacientes post IM, cuyos Diagnósticos y Factores Relacionados sean similares, o en todo caso, puede servir de orientación para elaborar otros Guiones de Temas en investigaciones similares.

La difusión a la comunidad científica de las herramientas utilizadas en investigaciones cualitativas - como pueden ser los Guiones de Temas y las Entrevistas- posibilita que otros investigadores efectúen un análisis crítico de dichos instrumentos, por lo que se podrían mejorar y depurar en otros estudios de diseño cualitativo contribuyendo de un lado quizás, al avance en este tipo de diseño y por otro lado impulsando el desarrollo de nuestro cuerpo de conocimientos.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Luengo-Fernandez, R, Leal, J, Gray, A, Petersen, S, and Rayner, M (2006). Cost of cardiovascular diseases in the United Kingdom. *Heart* 92(10):1384-9.
2. OMS. Fortalecimiento de la enfermería y la partería. 56ª Asamblea Mundial de la Salud, A56/19 Punto 14.11 del orden del día provisional 2 de abril de 2003.
3. Declaración de Viena: La enfermería en Apoyo de los Objetivos de Salud para Todos. I Conferencia Europea de Enfermería sobre cuidados enfermeros: informe OMS, Viena 21-24 de Junio de 1988
4. Amezcua M, Carricondo Guirao A. Investigación Cualitativa en España: análisis de la producción bibliográfica en salud. *Index Enferm* 2000; 28-9: 26-34.
5. Amezcua M, Gálvez A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta los modos de análisis en investigación cualitativa en salud. *Rev Esp Salud Pública* 2002, Vol. 76, N.º 5
6. Plan Integral de Atención a las Cardiopatías de Andalucía 2005-2009. Sevilla 2005. Junta de Andalucía. Consejería de Salud
7. NANDA- I. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2007- 2008. Elsevier.
8. Espinosa S, Bravo JC, Gómez-Doblas JJ, y cols. Rehabilitación cardíaca postinfarto de miocardio en enfermos de bajo riesgo. Resultados de un programa de coordinación entre cardiología y atención primaria. *Rev Esp Cardiol* (2004), 57(1):53-9.
9. Jiménez M, Gómez C, Sáenz C, y cols. Calidad de vida y apoyo social en pacientes con infarto agudo de miocardio no complicado. *Rev Esp Cardiol* (1999), 52(7): 467-74.

AUTOR/ES:

Moreno L, Medina C, Zaballos C, Pelegrin M, Tamayo E, Chinchilla A, Opazo B, Serrano M, Portero P

TÍTULO:

Percepción de seguridad en pacientes sometidos a cirugía cardiaca por canulación extracorpórea.

TEXTO DEL TRABAJO:

Objetivo(s): Conocer la manera en que los pacientes sometidos a cirugía cardiaca por canulación extracorpórea perciben la seguridad con el fin de introducir en los protocolos elaborados al respecto, la perspectiva del mismo.

Métodos: Diseño: estudio cualitativo de tipo fenomenológico; Participantes y ámbito de estudio: pacientes adultos que han sido intervenidos del corazón por Canulación Extracorpórea en la Unidad de Cirugía Cardiaca del Hospital Ramón y Cajal(área 4 de la CCAA Madrid) que posteriormente han sido ingresados en la UVI, y despues a planta . La participación de todos los sujetos ha sido de carácter voluntario y con cumplimentación del consentimiento informado. Criterios de inclusión: adultos entre 40 y 80 años que no han estado más de 7 días en UVI. Criterios de exclusión: deterioro cognitivo y dificultad en la comunicación.

Muestra: Se han realizado entrevistas en profundidad a 22 pacientes de los 240 operados en el transcurso de la investigación, seleccionados mediante muestreo teórico, basándonos en atributos o características específicas hasta la saturación del discurso: edad(42 a 80 años); género(57,3% hombres y 42,7mujeres); si tienen acompañamiento de familiares o no ; si tienen experiencias previas de cirugías cardiacas o de otra índole; si tienen personas a su cargo o no; estado civil; si están activos laboralmente o no ; nivel educacional.

El momento de realización de las entrevistas ha sido al 5º día del postoperatorio una vez que estaban ingresados en la unidad de hospitalización.

Resultados:La percepción de seguridad del paciente es diferente cuando están en planta y en UVI, caracterizándose en esta última por el control y los cuidados constantes aplicados por personal con conocimiento experto muy especializado, sintiéndose controlados mediante los cuidados y la vigilancia constante relacionándose con la atención inmediata vinculada al trabajo de un equipo. Destaca en esta fase un terror importante a la muerte que se traduce en una angustia que persiste tras la salida del quirófano y que será lo que marca el comportamiento en planta. Frente al miedo de enfrentarse a la operación sólo le queda el recurso de ponerse en manos del otro, pues la confianza en el saber médico es lo único que promueve seguridad.. Sin embargo, la vivencia en planta no es la misma, aquí el paciente deja de ser un sujeto dependiente (su seguridad en manos del otro, en UVI y quirófano) a ser un sujeto que debe recuperar su espacio en donde los cuidados requieren su participación activa (autosuficiencia) . Por otro lado existe un escaso conocimiento de las funciones y responsabilidades de los distintos agentes sanitarios, siendo más acuciante en el caso de enfermería(no se distingue entre auxiliar y enfermera, auxiliar con celador e incluso médica con enfermera..), excepto los pacientes con experiencia previa (quienes han desarrollado la patología desde jóvenes o ya han sido operados previamente de la misma o han convivido con la cardiopatía mas tiempo), ya que conocen el funcionamiento del equipo hospitalario y saben a que profesional dirigirse en cada momento.Tratar de comprender este cambio de actitud del paciente se muestra necesario a la hora de intervenir no solo para incrementar una sensación de seguridad sino también para lograr que su recuperación sea rápida y de calidad.Estos resultados nos recuerdan la teoría de enfermería de Oren y Henderson, el paciente en la UVI, es completamente dependiente, necesita que los profesionales, le suplan en todas sus actividades. Estos cuidados técnicos se realizan perfectamente. De ahí la sensación de seguridad. En la planta el paciente adquiere progresivamente la independencia, la principal herramienta en este momento de la enfermera es la educación sanitaria La seguridad en la planta está más repartida y depende de uno mismo, de la familia, de los compañeros de habitación y de los profesionales de enfermería. Hay que distinguir las siguientes categorías de análisis más influyentes en la percepción de seguridad de los pacientes:

- Información/Comunicación: La percepción de una jerarquía entre el personal sanitario hace

que se otorgue distinto valor a la información que recibe por parte de cada uno de ellos. La información es crucial para el paciente y debe centrarse fundamentalmente en la idea de que el proceso quirúrgico está CONTROLADO paliándose la angustia generada. El periodo prequirúrgico es el estadio donde preconfigurando la idea de equipo se permitirá una intervención comunicacional/ informativa de calidad a la enfermería de ahí que la información sobre el postoperatorio cobre importancia.

La angustia y ansiedad vivida se libera a través de la palabra de la enfermería siempre y cuando ésta esté LEGITIMADA. Destacando que si está legitimada en la UVI y sin embargo en la planta lo está en menor grado. La idea de equipo de enfermeras (referente de Uvi) y el conocimiento de las diferentes funciones de los componentes del equipo de enfermería ayuda en esta tarea, el paciente debe conocer quién controla (responsable de enfermería).

Se dá un gran valor a la palabra del cirujano, así en el periodo prequirúrgico el miedo a la muerte se atenúa con la información médica.

Toda información dirigida a despejar dudas, a informar de lo que se le va haciendo, que todo transcurre según lo previsto, disminuye la angustia percibida por el paciente en todo este proceso.

Sin embargo ésta angustia aumenta cuando no transcurre lo previsto, por ejemplo cuando se informa de un retraso de la cirugía provocando una gran tensión ante la espera.

- Espacio físico/ Habitabilidad: En la planta existe siempre una relación asimétrica entre sanitario(sea médico o enfermera) y paciente, resultando de interés fomentar las relaciones que se producen en la habitación, ya que por un lado, ayuda a romper con el desamparo percibido por el paciente y por otro lado suplen el contacto continuo demandado a las enfermeras, al compararlas con las enfermeras de UVI donde se sienten vigilados constantemente. Los compañeros de habitación, la familia, el timbre(presencia vicaria pero constante de la enfermera) operan de distinta manera pero en esta misma dirección. Entre las demandas de optimización de la habitación se destacan la posibilidad de tener WC dentro de la misma, compatibilidad de los compañeros, higiene, control de visitas, etc..pero nunca de una habitación individual. No se debe confundir la intimidad con la soledad, por eso nunca se demanda una habitación individual. Demandando un control de los comportamientos que en la planta se den; control que recae como responsabilidad de la enfermería al percibirse como la interlocutora legítima entre paciente e institución hospitalaria.

En la UVI al no existir una separación material entre los pacientes y existiendo una visualización entre ellos la angustia y el temor a lo que le pudiera pasar aumenta ante el empeoramiento del compañero, así como una disminución de ese temor cuando el compañero es dado de alta a la planta.

- Rehabilitación/ Educación: Se observa como el paciente no asocia la estancia en planta como proceso educacional y de rehabilitación sino como una prolongación del control postoperatorio. Para que la palabra de la enfermera adquiera la legitimidad necesaria para una recuperación eficaz durante y fuera del hospital hay que señalar al paciente que todas las actuaciones de enfermería van dirigidas a establecer pautas de comportamiento y de actuación que incidirán en la pronta recuperación y de mantenimiento de una calidad de vida postoperatoria. Las indicaciones por escrito, la referencia a los protocolos de actuación existentes, harán que se perciban las actuaciones de enfermería en una dimensión que va más allá de la prescripción médica permitiendo su autosuficiencia.

- Obstáculo / Transformación: La angustia que conlleva una intervención quirúrgica cardíaca es vivida por el paciente como un proceso que comienza con miedo a la muerte y que se transforma a lo largo de la estancia hospitalaria en la dificultad de asumir su autocuidado. Por lo cual es necesario dotar a la palabra de la enfermería de una legitimidad que actualmente solo existe como prolongación del saber médico. Esta posible actuación podría hacerse patente mediante:

A) En un primer momento, posibilitar una entrevista con el paciente que posibilite una escucha activa del mismo. El enfermo así tendría la percepción de ser individual y único rompiendo la idea de un cuerpo (paciente) más .

B) Posibilitar una " distancia emocional" con el fin de que no se instale en él una demanda constante o queja que le impida avanzar en su recuperación, control de las actuaciones de los familiares, etc..

C) Prescribir - con legitimidad- recomendaciones que se encaminen a la creación de hábitos cotidianos dentro y fuera del hospital .

- Discusión: La percepción de seguridad se configura en estadios que corresponden con situaciones emocionales diferentes que impiden hacer explícita la demanda de sus necesidades a lo largo del

proceso de hospitalización. La relevancia del estudio radica en que la mayoría de los estudios que se están realizando en éste ámbito de la seguridad, van encaminadas a las mejoras de infraestructuras, seguridad de fármacos, etc., en cambio en el presente estudio queremos plasmar que significa sentirse seguro dentro del ámbito hospitalario y que necesita para que ello se produzca. Sería conveniente para explicar el fenómeno de manera completa, obtener los discursos de los profesionales sanitarios y familiares y poder comparar y triangular percepciones y expectativas. Conocer las necesidades de los pacientes (cubiertas y no cubiertas) en las diferentes fases del proceso quirúrgico, nos permite adaptar los cuidados y modificar los protocolos para facilitar el autocuidado y una recuperación pronta y de calidad.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Base de Datos de Gestión de Informes. Departamento de Cirugía Cardíaca Adultos. Hospital Ramón y Cajal 2006-2007.5.
2. Percepción del Riesgo. [citado 21 Sept 2007]. Disponible en: URL: http://www.cepis.ops-oms.org/tutorial6/e/tema_04.html.
3. Estrategia en Seguridad del Paciente. Recomendaciones del taller de expertos celebrado el 8 y 9 de Febrero del 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.[citado 20 Sept 2007].Disponible en: URL: http://www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp1.pdf.
4. Declaración del Consejo Internacional de Enfermeras. Seguridad de los pacientes. Adoptada en 2002. [citado 30 Oct. 2007]. Disponible en URL: http://www.icn.ch/matters_errorsp.htm.
5. Agra Y, Terol E. La seguridad del paciente: una estrategia del Sistema Nacional de Salud. Dirección General de la Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo 2005. [citado 27 Sept 2007]. Disponible en: URL: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol29/n3/edit.html>.
6. Seifert P. Cardiac Surgery. Perioperative patient care. Mosby ed. Evaluating outcome achievement. Segunda edición. USA; 2002. p.173-185.
7. Declaración de la Organización Médica Colegial de España. [citado 17 Oct 2007]. Disponible en: URL: http://www.cgcom.org/notas_prensa/2005/05_04_11_cpm.htm.
8. Cook FA, Guttmanova K y Clare. An Error by any other name. American Journal of Nursing. 2004; 104 (6): 32-43.
9. Ulrich RS. Healing Arts: Nutrition for the soul, Putting patients first: Designing and practicing patient-centred care: San Francisco, Jossey-Bass 2003; p.117-146.
10. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. JAMA 2002 October 23/30; 288 (16):1987-1993
11. Salas E, Cannon-Bowers JA. The science of training: a decade of progress: Annu. Rev. Psychol 2001; 52: 471-499.

Mesa de comunicaciones 13 / Concurrent session 13: Atención Primaria y Salud Comunitaria

AUTOR/ES:

Alberto Lana Pérez (Lana A), Radhamés Hernández Mejía (Hernández R), María Murciego Gutiérrez (Murciego M), María Luisa López González (López ML)

TÍTULO:

Implicaciones educativas de las conductas relacionadas con el cáncer en profesionales de enfermería de Atención Primaria

TEXTO DEL TRABAJO:

Los datos epidemiológicos continúan poniendo de manifiesto la importancia del cáncer como uno de los principales problemas de salud pública. En el año 2005 casi 8 de las 58 millones de muertes que se produjeron en el mundo fueron por esta enfermedad (1). Sin embargo, mientras que los avances diagnósticos y terapéuticos parecen haber estabilizado la mortalidad, la incidencia del cáncer continúa en aumento: según estimaciones de la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer en el año 2006 se han diagnosticado alrededor de 3,2 millones de nuevos casos en Europa, casi 300.000 más que en el año 2004 (2).

La Organización Mundial de la Salud estima que el 40% de los cánceres podría ser prevenido, porque muchos de ellos están ligados a conductas (1). Entre ellas, fumar y la alimentación poco saludable son las más destacables y de las que existe más evidencia científica (3, 4, 5). El tabaco es la primera causa prevenible de cáncer, y con su eliminación se podría evitar más del 20% de las muertes por esta enfermedad (5). Según el ya clásico estudio de Doll y Peto (4), la dieta es un factor etiológico aún más importante que el tabaco, ya que se estima que se encuentra implicada en el 35% de las muertes por cáncer. Con respecto a otras conductas, está bien documentado el incremento del riesgo que se produce como consecuencia del consumo de alcohol, el sobrepeso, las exposiciones solares de riesgo, el sedentarismo y la falta de medidas preventivas ante los carcinógenos del medio laboral (4, 5)

Frente a esta evidencia epidemiológica parece razonable establecer que la estrategia más eficaz para reducir las tasas de incidencia y mortalidad del cáncer es lograr el control de sus principales conductas de riesgo (6). Este es el espíritu del Código Europeo Contra el Cáncer (7), que surgió como un decálogo de recomendaciones de prevención del cáncer que incluye seis de prevención primaria: no fumar, moderar el consumo alcohólico, aumentar el consumo de frutas y verduras, evitar exposiciones prolongadas al sol y respetar las normas destinadas a evitar cualquier tipo de exposición a sustancias consideradas cancerígenas.

En la actualidad se recomiendan intervenciones educativas para cambiar de forma simultánea varias conductas de riesgo (8), aumentando así la eficiencia. Existe evidencia científica (9) de que los programas de intervención educativa para el cambio simultáneo de factores de riesgo conductual de cáncer son eficaces y eficientes cuando los implementan profesionales previamente formados y capaces de cumplir con su rol ejemplarizante, es decir, aquellos que tienen una actitud positiva hacia la prevención primaria del cáncer y que, además, sirven de modelo a sus pacientes.

Por lo tanto y teniendo en cuenta que una de las principales atribuciones de profesionales de enfermería de atención primaria es la educación para la salud de la población, es preciso conocer si estos enfermeros tienen el perfil adecuado para el cumplimiento de tan importante función. Por estas razones los objetivos de este trabajo fueron: 1) evaluar el grado de cumplimiento de las conductas de prevención primaria tipificadas en el Código Europeo contra el Cáncer de los profesionales de enfermería; 2) estimar su riesgo conductual de cáncer y 3) identificar las variables que definen al profesional teóricamente idóneo para la implementación de intervenciones educativas encaminadas a la prevención del cáncer.

Se diseñó un estudio descriptivo trasversal que incluyó a los profesionales de enfermería de Atención Primaria del Principado de Asturias (N=645) que voluntariamente aceptaron contestar un cuestionario anónimo, validado y auto-administrado (10), y que fue enviado por correo postal a la dirección de trabajo de cada profesional después de obtener el permiso del comité de ética. El cuestionario recogía:

1. Variables sociodemográficas y laborales básicas.
2. Estadio de Prochaska y DiClemente para 6 conductas de prevención primaria del cáncer: fumar, consumo de alcohol, dieta, control del peso y exposición al sol y a carcinógenos del medio laboral.
3. La información necesaria para la construcción de una variable sintética basada en la estimación porcentual de causalidad de Doll y Peto, que evalúa el riesgo conductual total de cáncer (RCT) de cada profesional: rango de puntuación de 0 a 74.

Se utilizaron procedimientos habituales de estadística descriptiva para caracterizar la muestra, evaluar el cumplimiento de los consejos preventivos y describir el RCT. El profesional teóricamente ideal fue definido como aquel que tenía un RCT menor del percentil 50, y la probabilidad de pertenecer a este grupo fue evaluada, a nivel bivalente, con la U de Mann-Whitney y la prueba de X², y, a nivel multivalente, mediante regresión logística.

Contestaron al cuestionario 413 profesionales (tasa de respuesta = 64%), la mayoría mujeres (81,6%) con plaza en propiedad (58,6%), con una edad media de 43,3 años (IC95%: 42,4-44,2) y que han trabajado en Atención Primaria una media de 12,7 años (IC95%: 11,9-13,4). Casi la mitad (45,8%) no tiene formación postgraduada, ni en Educación para la Salud ni, de forma más específica, en prevención del cáncer.

Los riesgos de cáncer detectados fueron, en orden de importancia: sobrepeso (32,2%), tabaquismo (25,7%), alimentación poco saludable (18,2%), exposición solar poco responsable (10,7%), consumo excesivo de alcohol (9,7%) e inadecuada protección frente a los carcinógenos del medio laboral (7%).

La mediana del RCT fue de 15 puntos (RIC: 10-35) y la probabilidad de pertenecer al grupo de más riesgo es menor entre las mujeres (OR: 0,34; p<0,001) que han recibido formación en prevención del cáncer (OR: 0,54; p<0,05). Además, cada año que el profesional trabaja en Atención Primaria disminuye un 5% la probabilidad de pertenecer al grupo de mayor riesgo (OR: 0,95; p<0,01).

Los organismos nacionales e internacionales encomiendan, entre otros, a los profesionales de enfermería de Atención Primaria las actividades de Educación para la Salud de la población, pero las expectativas de éxito son mayores si poseen un perfil adecuado. El porcentaje de cumplimiento de los consejos de prevención del cáncer entre los profesionales de enfermería es superior al encontrado en sus potenciales pacientes (9, 11), pero debería mejorarse si se tiene en cuenta la importancia del rol ejemplarizante que ejercen sobre ellos. Los profesionales de enfermería tienen casi la mitad de riesgo conductual de cáncer que sus pacientes (RCT: 28,42) (9). Las administraciones sanitarias deben promover y facilitar programas de formación postgraduada ya que el porcentaje de profesionales que carecen de ella es indeseablemente elevado y porque, además, parece comportarse como un factor clave a la hora de disminuir el RCT de cáncer en el propio profesional. También, cuanto mayor es el tiempo trabajado en Atención Primaria mayor es la probabilidad de ser un modelo para los pacientes (incluso controlando el efecto de la edad de la enfermera), lo que permitiría apoyar, al menos modestamente, la urgente necesidad de una Especialidad en Enfermería Comunitaria.

BIBLIOGRAFÍA:

1. World Health Organization. The World Health Organization's fight against cancer: strategies that prevent, cure and care. Geneva (Switzerland): WHO Press; 2007
2. Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue M, Colombet M, Boyle P. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Ann Oncol.* 2007; 18(3):581-92
3. Colditz GA, Sellers TA, Trapido E. Epidemiology - identifying the causes and preventability of cancer? *Nat Rev Cancer.* 2006; 6(1):75-83
4. Doll R, Peto R. The Causes of Cancer: Quantitative Estimates of Avoidable Risks of Cancer in the United States Today (Oxford University Press, New York, 1981)
5. Danaei G, Vander Hoorn S, Lopez AD, Murray CJ, Ezzati M; Comparative Risk Assessment collaborating group (Cancers). Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *Lancet.* 2005; 366(9499):1784-93
6. Ames BN, Gold LS, Willett WC. The causes and prevention of cancer. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 1995; 92(12): 5258-65
7. Boyle P, Autier P, Bartelink H, Baselga J, Boffetta P, Burn J, et al. European Code Against Cancer and scientific justification: third version (2003). *Ann Oncol.* 2003; 14(7): 973-1005
8. Gotay CC. Behavior and cancer prevention. *J. Clin. Oncol.* 2005; 23(2): 301-310
9. López ML, Iglesias JM, del Valle MO, Comas A, Fernández JM, de Vries H, et al. Impact of a primary care intervention on smoking, drinking, diet, weight, sun exposure, and work risk in families with cancer experience. *Cancer Causes Control.* 2007 Jun; 18(5):525-35
10. Lopez ML, Garcia-Cueto E, Fernandez JM, Lopez S, Del Valle O, Cueto A. Validation of a questionnaire to evaluate the attitude towards primary prevention advice from the European code against cancer. *Eur J Cancer Prev.* 2003; 12(2): 157-64
11. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud. Año 2006. Internet]. Madrid. [Acceso 06 de mayo de 2008]. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta20>

AUTOR/ES:

Gema Calderero Castellanos, Pilar Ledo García, Lucía Ramírez-Montesinos Gómez del Villar, Esther Nieto Blanco, Ana Pargaña Rodríguez.

TÍTULO:

Prevención de la infección nosocomial en Atención Primaria: prácticas y creencias de los profesionales.

TEXTO DEL TRABAJO:

INTRODUCCIÓN. Las personas tratadas en cualquier ámbito de la asistencia sanitaria, ya sea hospital, centro de salud o domicilio del paciente, pueden presentar incidentes relacionados con la propia atención recibida. En la actualidad, el término infección nosocomial no se refiere exclusivamente a la infección contraída por el usuario tras su ingreso en una institución cerrada, sino que también incluye la adquirida en otros escenarios sanitarios. Este tipo de infecciones afecta con mayor frecuencia a las personas más vulnerables (pacientes inmunodeprimidos, niños o ancianos), y se transmite generalmente de forma indirecta y son las manos de los profesionales uno de los vehículos de transporte de microorganismos más importante. Es por tanto el lavado de manos la medida más accesible, sencilla y de bajo coste para su prevención. Sin embargo, factores de diversa índole contribuyen a que en el marco de la Atención Primaria (AP) no se perciba que el riesgo existe, circunstancia, que suscitó el interés por investigar esta situación.

2. **OBJETIVO GENERAL.** Identificar y describir las prácticas de los profesionales sanitarios en relación con la prevención de la infección nosocomial en el ámbito de la AP de salud.

3. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** a) Identificar los elementos que constituyen el concepto de infección nosocomial tal y como es construido por los profesionales sanitarios. b) Explorar las opiniones, actitudes, creencias, y formas de hacer (prácticas) de los trabajadores sanitarios respecto a la prevención de la infección en AP. c) Comparar las prácticas que llevan a cabo los profesionales con las recomendaciones establecidas por los organismos oficiales.

4. **METODOLOGÍA.** Cualitativa de carácter exploratorio con un diseño emergente y abierto mediante grupos de discusión (GD) Muestra: teórica intencional. Lugar de estudio: centros de salud del Área 6 de AP en Madrid. Población de estudio: médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería. Criterios de segmentación de la población: historia laboral -mayor o menor de 8 años-; sexo; tamaño del centro -número de trabajadores y volumen de pacientes-; tutores de alumnos; profesionales que realizan cirugía menor; coordinadores y responsables de enfermería.

5. **RESULTADOS.** Se realizaron 5 GD: 2 de médicos de familia y pediatras, 2 de enfermeras y 1 de auxiliares de enfermería, con una total de 38 participantes. Las conversaciones fueron grabadas y transcritas para su posterior análisis. Se establecieron categorías y códigos en función de los objetivos propuestos y de aspectos emergentes del análisis.

5.1. Categoría: "Ámbito de la actividad asistencial".

Del trabajo en equipo se ha pasado a una práctica clínica individualista inducida en parte por una mayor presión asistencial y por la inclusión de prestaciones nuevas. El discurso de los grupos muestra que los centros grandes y el ámbito urbano son identificados como obstáculos para organizar y coordinar las actividades relacionadas con el control de riesgos. El medio de trabajo rural aparece ligado a valores positivos; la naturaleza, más cercana, proporciona salud, bienestar físico y emocional. Del mismo modo, el medio urbano aparece como exponente de valores negativos o menos saludables: centros poco ventilados, escasa luz y espacios insuficientes.

"Pues ahí es alucinante, una pierna de una señora reventada con la patada de una vaca según la ordeñaba se cosió y aquello ni se ha infectado ni nada...es como que el campo es más sano".

5.2. Categoría: "Centros de trabajo".

Hay diversas referencias en todos los discursos sobre la situación de los centros de trabajo: limpieza, distribución y uso del espacio, ventilación, desinfección, control de los sistemas de refrigeración...y son críticos con la falta de organización y control que perciben. La masificación de los centros, la ausencia de salas para esterilización, el uso compartido de consultas por ancianos o niños, sanos o enfermos, unido a la ausencia de ventilación y luz natural son identificados como factores de riesgo que hacen necesario una nueva distribución del espacio físico.

"Yo creo que de alguna manera una forma de limpiar una sala también es ventilando, llega alguien

que huele mal y te lo tienes que tragar, y eso son fallos de estructura que en un centro de salud donde pasa tanta gente con enfermedades pues necesitan ventanas y los filtros yo creo que no los han limpiado nunca...Lo suyo sería tener la ventana abierta o poder ventilar de vez en cuando.”

5.3. Categoría: "Recursos materiales".

Las auxiliares son las responsables del cuidado del material, razón que explica que sean muy críticas cuando se refieren a la disponibilidad de los recursos materiales que hay en los equipos: insuficientes, de mala calidad, productos inapropiados de limpieza, dificultades para conseguirlo. Un aspecto importante a destacar y que todos reivindican es la disposición de material desechable y en forma de monodosis.

“Los cepillos de uñas los compro yo en los 20 duros con el dinero que dan en el centro.”

5.4. Categoría: "Opiniones y creencias".

El concepto sobre prevención de la infección aparece, en ocasiones, ligado a ideas y creencias del pasado y que aún permanecen en el medio rural. Todos los colectivos identifican y valoran como modelo de calidad, el control y la gestión de la infección que se realiza en los hospitales, así aparece el hospital como máximo referente de calidad. La percepción sobre el riesgo es escasa, consideran que en AP las infecciones son poco importantes, los procesos que se atienden más leves y las pacientes menos inmunodeprimidos que en el hospital.

“...he trabajado muchos años en un hospital y en ese sentido, yo creo que estábamos más concienciados... aunque te quites un guante, te lavas las manos antes de ponerte otro.”

5.5. Categoría: "Práctica clínica de los profesionales".

Participantes de todos los grupos toman conciencia del riesgo que para el paciente tienen determinados cuidados de salud que se les presta en AP, cuando esta cuestión se les plantea en el grupo. Al reflexionar sobre su práctica clínica diaria opinan que la situación es muy mejorable. Identifican diversos factores: problemas estructurales; individualismo en el trabajo que contribuye a que la información sea escasa, a veces, contradictoria; desconocimiento del trabajo que desempeñan otros miembros del equipo..., y que actúan como barrera para que los conocimientos aprendidos se lleven a la práctica de forma sistemática y rigurosa. Se identifican opiniones heterogéneas en cuanto a la eliminación de residuos o ante procedimientos de limpieza y desinfección que conllevan prácticas diferentes. Asumen que les falta información y formación. En general, son conscientes de que el lavado de manos no es una práctica integrada en su rutina diaria.

“A veces se quedan los tubos abiertos, muchas veces hemos visto se quedan los antisépticos se dejan abiertos. Las camillas muchas veces se empapan y no se desinfectan bien...”

5.6. Categoría: "Motivos que justifican la práctica".

Los elementos que se identifican como responsables de una práctica inadecuada son: la rutina, la falta de tiempo, las prisas, la invisibilidad de los microorganismos... Es por ello, la sospecha sobre el diagnóstico del paciente lo que les lleva, en ocasiones, a tomar las medidas preventivas oportunas. La ausencia de auxiliares de enfermería, la falta de material, de información, de directrices y el abandono de los hábitos aprendidos son también algunos de los elementos identificados como barrera.

“...tiene que haber un protocolo..., no es cuestión de que sea mi criterio ni su criterio...”

5.7. Categoría: "Relaciones con otros miembros del equipo".

Las auxiliares mantienen relaciones de subordinación con las enfermeras. Se lamentan por la actitud, en ocasiones, desordenada y poco colaborativa que tienen las enfermeras con su trabajo, lo que les genera cierto malestar, favorecido todo ello por indefinición de sus competencias y tareas. Algunos comentarios surgidos en los GD de médicos y de enfermeras denotan cierta relación de poder. Las enfermeras consideran muy positiva la autonomía de su trabajo, si bien acompañada de una buena relación con los demás y un buen trabajo en equipo. En el ámbito rural las relaciones entre profesionales y pacientes son más cercanas apareciendo, en ocasiones, el centro de trabajo como una extensión del propio hogar.

“... el limpiar el carro, todo eso sea mío, pero yo les digo que gente pobre no necesita criados.”

5.8. Categoría: "Edad y género".

Son las mujeres quienes tienen una opinión más explícita sobre estas cuestiones. En cuanto a la edad, los profesionales más jóvenes son considerados como los que mejor llevan a cabo los procedimientos.

“Las enfermeras siempre hemos sido altamente sensibles en el tema de la pulcritud, la higiene... control, prevención.”

6. DISCUSIÓN. El análisis de los diferentes GD revela la necesidad de reflexionar sobre la práctica diaria como un método necesario para mejorarla al tomar conciencia de que las infecciones ligadas a los cuidados son un riesgo posible en el ámbito de la AP. La creencia generalizada en todos los grupos de que en AP no hay riesgo o no hay estudios que lo avalen es una de las razones que influyen en una práctica inadecuada. También la Institución debe ser consciente de ello y facilitar los medios para prevenir el riesgo y la seguridad del paciente. La elaboración de protocolos y guías de buena práctica clínica debe garantizar una asistencia de calidad.

7. PROPUESTAS DE MEJORA. 1. Proporcionar formación continuada que permita adquirir los conocimientos necesarios y que sensibilice a los profesionales sanitarios en materia de prevención. 2. Mejora de la limpieza general de los centros. 3. Elaboración de protocolos que permitan homogeneizar la práctica. 4. Designación de un profesional responsable en esta materia. 5. Empleo de envases monodosis y de material desechable. 6. Higiene de manos con solución alcohólica. 7. Incluir el control de la infección entre las estrategias preventivas de los efectos adversos en AP

8. CONCLUSIONES. El estudio realizado es pionero por diversos motivos: en primer lugar, porque explora la práctica clínica en un aspecto trascendente como es la infección ligada a la atención sanitaria; en segundo lugar, por el ámbito en el que se desarrolla; por último, por la perspectiva metodológica y analítica utilizada. Las aportaciones que brindan estos resultados pueden ser útiles para entender mejor las razones que guían determinadas prácticas clínicas y comprender mejor los factores que dificultan un buen desarrollo de las mismas. Los hallazgos muestran las deficiencias existentes tanto en materia de formación, como de competencias y tareas de los diferentes miembros del equipo. Y además han revelado ausencia de normas homogéneas, actualizadas a la práctica clínica de AP. La información disponible ha puesto de manifiesto la necesidad de un mayor seguimiento y control de las empresas que proporcionan los servicios de limpieza en los CS del área. La toma de conciencia, tanto por las instituciones como por los profesionales sobre el riesgo potencial que tienen determinados procedimientos propios de AP, crear una cultura en la Institución que minimice los riesgos y vele por la seguridad de usuarios y profesionales son propósitos necesarios que convendría que asumieran todos los actores implicados.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Almirante Granera B, Ferrer Barberá. Infecciones nosocomiales. *Medicine* 2006, 9(49): 3204-3210.
2. Pittet D. Improving adherence to hand hygiene practice: a multidisciplinary approach. *Emerging Infectious Diseases*. 7(2) 2001: 234-240.
3. Morgan DR, Lamont TJ, Dawson JD, Booth C. Decontamination of instruments and of cross infection in general practice. *BMJ*. 300: 1990: 1379-1380.
4. Organización Mundial de la Salud. Reto mundial en pro de la seguridad del paciente. 2005-2006.
5. Morrison J. Development of a resource model for infection prevention and control programs in acute, long term, and home care settings: conference proceedings of the infection prevention and control alliance. *Infect Control* 2004; 32: 2-6.
6. Phillips RL, Bartholomew LA, Dovey SM et al. Learning from malpractice claims about negligent primary care in the United States. *Qual Saf Health Care* 2004. 13: 121-126.
7. Pittet D. The Lowbury lecture: behaviour in infection control. *Journal of hospital infection* (2004) 58. 1-13.
8. Pittet D et al. Hand hygiene among physicians: performance, beliefs, and perceptions. *Annals of Internal Medicine*, 2004. 2004. 141: 1-8.
9. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre la higiene de las manos en la atención sanitaria. 2005.
10. Aibar-Remón C. La seguridad clínica: pequeños pasos grandes palabras *Rev Calidad Asistencial*. 2005; 20 (4): 183-4.
11. Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008.
12. Jociles Rubio MI. El análisis del discurso: de cómo utilizar desde la antropología social la propuesta analítica de Jesús Ibáñez. En: [http:// www.ucm.es/info/dptoants/ateneo/discurso_a.htm](http://www.ucm.es/info/dptoants/ateneo/discurso_a.htm) 1-25.

AUTOR/ES:

C. Gómez Pesquera, M. Bayón Cabeza, RM. García Pardo, S. López Palacios, N. Alejo Bru

TÍTULO:

Desarrollo del proceso enfermero en una Área Sanitaria de Atención Primaria de Madrid

TEXTO DEL TRABAJO:

El area sanitaria 7 de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid es un area que abarca tres distritos urbanos del municipio de Madrid con una poblacion mayor de 14 años de 530.891 usuarios. Esa población es atendida por las enfermeras de 22 equipos de atención primaria. La realización de cuidados enfermeros a esta población dirigidos a la prevención de enfermedades y complicaciones, promoción de hábitos saludables y mejora de sus autocuidados, requiere de una adecuada valoración que permita identificar los problemas enfermeros, las limitaciones y capacidades, así como los resultados e intervenciones mas adecuadas para cada situación.

Para ello en el area 7 de atención primaria se potencia que el proceso enfermero recoja en su primera fase, una valoración completa por patrones funcionales de Marjory Gordon. Esta valoración ha sido consensuada por profesionales de enfermería e incluida en la historia informática, lo que facilita su registro, y permite la continuidad del proceso de atención.

Durante el año 2007, la Dirección de Enfermería del Area 7 establece como indicadores enfermeros la realización de al menos las valoraciones de algunos de los patrones funcionales como prioritarios, dependiendo del grupo de población. Se estableció previamente qué datos deberían incluir al menos esas valoraciones para considerarse como valoraciones mínimas, así como los patrones prioritarios a valorar en función de sexo y la edad. La elección de estos patrones y datos mínimos estaban en relación con actividades preventivas y de promoción de salud, al ser ésta, uno de los pilares básicos de la atención primaria; así como a la identificación de problemas en usuarios dependientes.

El objetivo general que se plantea en el trabajo es conocer la cantidad y calidad de valoraciones enfermeras realizadas a la población de referencia del área sanitaria 7 de Madrid, utilizando como referencia los patrones funcionales de Marjory Gordon.

Dado que en el año 2005 se evalúa el proceso enfermero en usuarios inmovilizados se establece realizar una nueva evaluación para comparar los resultados. Por tanto se define como objetivo secundario: conocer el desarrollo del proceso enfermero en los usuarios inmovilizados actuales respecto al año 2005 y determinar el punto de partida para establecer estándares de buena atención enfermera.

Métodos. Se diseña un estudio descriptivo transversal, siendo la población de estudio, todos los usuarios mayores de 14 años adscritos al area sanitaria 7 (530.891 usuarios). La obtención de los datos de las historias informáticas se realiza a través de sentencias SQL.

Se establecen 4 grupos de población en base a características similares que condicionan el tipo de valoración a realizar. Estos estratos son: hombres de 14 a 74 años, mujeres de 14 a 74 años, adultos mayores de 75 y usuarios incluidos en el servicio de atención a pacientes inmovilizados.

Se definen los patrones funcionales imprescindibles y los datos mínimos a cumplimentar en cada uno de ellos para considerar al usuario mínimamente valorado en base a esta metodología.

Los patrones percepción de la salud, nutricional-metabólico, actividad-ejercicio y eliminación se establecen como necesarios para todos los usuarios varones de entre 14 y 74 años; para las mujeres se añade el Patrón de sexualidad y para los usuarios mayores de 75 años y los usuarios incluidos en el servicio de inmovilizados se añade el patrón cognitivo-perceptivo. Para estos últimos además se obtiene los planes de cuidados completos (valoración de al menos un patrón, diagnósticos enfermeros, e intervenciones). Los resultados se comparan con los datos obtenidos en el año 2005. En 2007 se analizan todos los registros existentes en la Historia Clínica. Los datos se presentan en frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas.

Resultados:

De la población mayor de 14 años el 8,55% de los usuarios (45.372) tienen valorado el patrón nutricional-metabólico, el 8,04% (42.659) el de actividad-ejercicio, el 4,71% (24.998) el de percepción de la salud y el 3,19% (16.953) el de eliminación; 10.872 usuarios (2,05%) tienen los 4 valorados.

El 10,6 % (26.586) de las mujeres entre 14 y 75 años tienen al menos un patrón valorado y sólo el 0,59% (1.636) tienen los 5 patrones prioritarios valorados (percepción de la salud, nutricional - metabólico, eliminación, actividad-ejercicio y sexualidad-reproducción). El 7% (17.414) tiene valorado el nutricional-metabólico; el 6,71% (16.683) el patrón actividad-ejercicio y el 1,39% (3.449) el de sexualidad- reproducción.

Dentro de la población masculina entre 14 y 75 años, el 9,37% (21.116) tiene al menos un patrón valorado, y el 1,19% (2.674) tiene los 4 patrones prioritarios para este grupo de población (percepción de la salud, nutricional-metabólico, eliminación y actividad-ejercicio). Los dos patrones con mayor porcentaje de valoración son el nutricional-metabólico, 5,21% (11.738) y el actividad-ejercicio, 4,53% (10.208).

En la población > de 75 años, nos encontramos que el 40,56% (23.057) tiene al menos un patrón, y el 4,35% (2.474) tienen los 5 patrones prioritarios para este grupo de población (percepción de la salud, nutricional-metabólico, eliminación, actividad-ejercicio y cognitivo-perceptivo). El 28,53% (16.220) de los mayores de 75 años tienen el patrón nutricional metabólico valorado, el 27,74% (15.778) el de actividad ejercicio, el 13,15% (7.477) la valoración del patrón de eliminación y del 8,13% (4.619) la valoración del patrón cognitivo perceptivo.

En 2007 de los pacientes incluidos en el servicio de inmovilizados (5.781) el 24,71% (1.445) tienen planes de cuidados completos registrados (registro de valoración de al menos un patrón, diagnóstico enfermero e intervenciones), y el 10,14% (596) tienen una valoración completa de los 5 patrones prioritarios con criterios mínimos. El 68,95% (3.986) tienen al menos un patrón valorado. En el año 2005 el análisis muestral encontró que el 32,34% de inmovilizados tenían realizadas valoraciones (de al menos un patrón) y que un 10,6% disponían de planes de cuidados completos.

Conclusiones:

Los porcentajes de valoraciones por patrones funcionales con criterios mínimos para la población general son bajos incluso desagregados por sexos. Los resultados más favorables se encuentran en los mayores de 75 años y en los pacientes inmovilizados, ya que constituyen el grupo de población que con mayor asiduidad atienden las enfermeras de Atención Primaria por presentar más problemas de salud y más limitaciones funcionales. Los patrones valorados más frecuentemente reflejan los problemas prevalentes en nuestro ámbito, a menudo abordados por las enfermeras, como son el sedentarismo, el encamamiento, el sobrepeso, la malnutrición, etc. En el análisis comparativo del grupo de pacientes inmovilizados se observa un mayor registro tanto de valoraciones como de los planes de cuidados tras 2 años de aplicación de esta metodología en la atención a estos usuarios. Dicho estudio nos anima a seguir trabajando en esta línea para conseguir que la mayoría de las enfermeras realicen valoraciones funcionales que nos permitan identificar con mayor facilidad las necesidades y problemas que presenta la población que atendemos, para poder abordarlos con mayor eficacia. Así mismo este trabajo nos ha permitido redefinir los indicadores de actividad de enfermería para poder ser incluidos como objetivos enfermeros en los contratos de gestión de cada uno de los Equipos del Área.

BIBLIOGRAFÍA:

Subdirección General de Atención Primaria. Manual de Procedimiento de Cartera de Servicios. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2007.

NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones 2007-08. Harcourt Brace de España, S.A. Barcelona: 2007.

M, Bayón Cabeza; S, López Palacios; RM, García Pardo; A, Cadenas Casado; JC, Mora Morillas "Aplicación del proceso enfermero en el Servicio de Atención a Pacientes Inmovilizados, en el Área 7 de Atención Primaria de Madrid". X Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería. 2006

GORDON M. "Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación". Madrid: Editorial Mosby Doyma; 1996

AUTOR/ES:

López Muñiz, Idoya

TÍTULO:

DISLIPEMIA: CUMPLIMIENTO TERAPEÚTICO EN UNA ZONA RURAL.

TEXTO DEL TRABAJO:

Dislipemia es cualquier alteración en los niveles normales de lípidos plasmáticos, fundamentalmente colesterol y triglicéridos (1,3). El cumplimiento terapéutico deficiente en los pacientes dislipémicos, cuya prevalencia es del 24,3% de los adultos (> de 14 años)(5), lo que en nuestra zona supondrían unas 543 personas susceptibles, es la principal causa de que no se logren los beneficios clínicos del mismo y se desarrollen complicaciones, la mayoría a nivel cardiovascular, que afectan negativamente a la calidad de vida de los pacientes y generan un alto costo a los recursos sanitarios.

CUMPLIMIENTO (Haynes) es el grado en el cuál la conducta de una persona (en términos de tomar una medicación, seguir dietas o efectuar cambios en el estilo de vida) coincide con las recomendaciones médicas o higiénicas sanitarias.

Nos planteamos llevar a cabo un estudio que nos permita conocer el grado de cumplimiento terapéutico de los pacientes dislipémicos de nuestra área de salud, que presenta unas características socio-económico- demográficas que favorece el desarrollo de dislipemias.

OBJETIVOS:

- 1.-Analizar el grado de cumplimiento terapéutico, entendiendo cumplimiento como los valores de colesterol dentro de los parámetros que establecen los protocolos terapéuticos.
- 2.-Verificar los pacientes que tienen información previa sobre la enfermedad y su repercusión en el cumplimiento.
- 3.-Conocer la relación entre cumplimiento terapéutico según escala Morisky-Green y control analítico.
- 4.-Determinar relación entre convivencia subjetiva con la enfermedad del paciente y cumplimiento analítico.

METODO:

Realizamos un estudio observacional descriptivo, en la zona básica de salud de Nansa, con una población rural adulta de 2.236 pacientes, la población de estudio fue de 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. El criterios de inclusión fue: pacientes diagnosticados de dislipemia incluidos en cartera de servicio.

Se diseñó un cuestionario con 11 ítems donde se recogieron las variables del estudio : variables demográficas, cumplimiento terapéutico según test de Morisky-Green, último valor analítico de colesterol total, presencia periódica en los controles, valoración subjetiva de la convivencia con su enfermedad según una escala Likert).

El estudio se llevó a cabo entre los meses de enero a abril del 2007. La cumplimentación del cuestionario se realizó mediante entrevista personal, cuando el paciente acudía a la consulta y telefónicamente, en caso de no acudir al centro en ese periodo. Se entrevistó a 267 pacientes, no quiso participar 1 y 67 no acudieron a consulta durante este periodo, no pudiendo localizarlos. . La población incluida en el estudio tenía una edad media de 68 años, con un rango de 34-94. La duración media de la enfermedad 4,82 años, con un rango de 0-21 y una desviación estándar de 3,91. El 53,56% son mujeres, sin estudio hay un 54,3%; jubilados el 55,8%; en dispersión O (0-5km del centro) se encuentran el 55,94%; en tratamiento con medicación: 66,55%; cumplidores según test de Morisky-Green el 60,6%; acudiendo a los controles periódicos el 75,6%; información previa sobre dislipemias: 57%.

RESULTADOS:

El 28,83% de los pacientes del estudio tienen un colesterol total dentro de los parámetros deseables: <200mg/dl. Las características de este grupo son: El 58,44% hombres, el 49,35% > 75 años y con estudios secundarios 62,33% y 64,93% jubilados, encontrándose el 54,54% en dispersión O. El 50,64% refiere haber recibido información previa sobre dislipemias. Al 57,14% se diagnosticó la dislipemia hace 3-5 años, estando el 90,9% con medicación. Refieren buena convivencia con la enfermedad el 89,61%.

Los datos del estudio se analizaron mediante SPSS obteniéndose los siguientes resultados:

1.- Al analizar el cumplimiento terapéutico (CT< 200mg/dl) no aparece diferencia significativa en:

- Sexo: un poco mejor los hombres, pero no significativamente.
- El nivel cultural.
- La dispersión geográfica: mejor los más dispersos al centro.
- Test de Morisky-Green.
- Duración de la enfermedad.

Aparece diferenciación significativamente estadística en:

- La edad ($p < 0,001$): las personas menores de 65 años están peor controlados. A más edad mejor control.
- Control periódico ($p < 0,001$) los que acuden de forma regular a los controles tienen mejores cifras de CT.
- Tratamiento ($p < 0,001$) las personas con tratamiento médico presentan mejores cifras de CT, de forma significativa, en relación con los que sólo realizan dieta.

2.- En la relación entre información previa sobre la enfermedad y cumplimiento analítico (CT< 200mg/dl) la t-studen nos indica que existe significación estadística $p = 0,008$. La información previa no influye en las cifras de colesterol. La gente informada tiene peor cumplimiento analítico y de forma significativa.

3.- Entre el cumplimiento según test de Morisky-Green y el control analítico no hay diferencias significativamente estadísticas

4.- El análisis de la relación entre convivencia y cumplimiento analítico no presenta significación estadística. Aproximadamente el 90% conviven bien con la dislipemia, independientemente del valor analítico del colesterol.

CONCLUSIONES:

El grupo mayoritario de pacientes no cumplidores se caracteriza por ser amas de casa, con estudios primarios, tratamiento sólo con dieta y acudir menos a los controles periódicos.

Los pacientes manifiestan una buena convivencia con la dislipemia independientemente del cumplimiento. El uso de medicación y la edad la adhesión.

La información no mejora el cumplimiento terapéutico.

Los resultados obtenidos en este estudio en relación al cumplimiento son peores que los obtenidos en los estudios EUROASPIRE (2002: 42%) e HISPALID 2002 (32,80%) aunque dentro de lo esperado en otros estudios(5,6,7).

Según resultados de estudios previos la adherencia al tratamiento se ve influenciada por diversos factores: el carácter crónico, la escasa sintomatología, la percepción subjetiva de la gravedad y el entorno donde vive, así como los tratamientos prolongados y complejos y con efectos secundarios influyen negativamente. Es importante destacar que tanto el incumplimiento como el cumplimiento no se produce al 100%, dato que parece verificarlo la falta de correlación entre cumplimiento terapéutico según control analítico y test de Morisky-Green. La confianza en la obtención de un beneficio va a depender de una buena relación con el profesional. Una información y motivación adecuada para modificar hábitos de vida, es imprescindible para un correcto cumplimiento o adhesión terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1) National Cholesterol Education Program. 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)[http:// 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. <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) De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J et al. Third Joint Task Force of European and other Societies of Cardiovascular Disease. Prevention in Clinical Practice. European Guidelines on Cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J 2003; 24: 1601-1610.

AUTHOR/S:

1P Isla Pera, 2R.Insa, 3M.Aivar, 4 M.Jansà, 5M.T.Valverde, 6A.Vernet, 7E.Villacampa, 8M. Serrato, 9E.García.1:EUI.Universitat Barcelona, 2:Hosp.Bellvitge, 3 ABS S. Idelfonso,4:Hosp.Clínic, 5: Hosp. M.Terrassa,6:Hosp.CreuRoja Barcelona, 7: ABS Horta Lisboa,8: Les Corts,9:ABS Congrès Maragall

TITLE:

La Diabetes Mellitus. Creencias y percepciones sobre la enfermedad

TEXT:

Introducción:

La diabetes mellitus (DM) constituye un problema de salud pública por su elevada prevalencia, morbimortalidad, y coste sanitario.El principal factor de riesgo modificable para la prevención de las complicaciones macro y microvasculares de la DM es el control de la glucemia para lo cual se requiere una implicación activa del enfermo y la familia en la gestión de la enfermedad pero modificar las conductas y adquirir determinados hábitos es un proceso difícil en las personas adultas ya que hoy se sabe que existen múltiples mecanismos personales y sociales muy complejos que influyen en la motivación y en los procesos de cambio y de aprendizaje.Se han definido muchas teorías científicas para explicar cómo se modifican los comportamientos y qué variables y mecanismos pueden favorecer el cambio y el aprendizaje. Para Rosenstock, en el ya clásico Modelo de Creencias de la Salud, las variables más predictivas del cambio de conducta serían: la percepción de gravedad del problema que se intenta prevenir, la percepción de vulnerabilidad personal, la percepción de eficacia de las medidas recomendadas y la relación coste/beneficio (qué se perderá y qué se ganará con el cambio). Para el modelo de aprendizaje de Bandura, la variable más significativa sería la autoeficacia, el sentirse capacitado para realizar las recomendaciones. Para Ajzen y Fishbein, la presión social, la opinión favorable o desfavorable del grupo social hacia una determinada conducta. Para Maslow la capacidad de la conducta para satisfacer las necesidades percibidas y para Green el nivel de conocimientos, actitudes, habilidades y recursos. Desde otra perspectiva, Kleinman plantea el concepto de modelo explicativo (ME) que permite operativizar el illness (el sentirse enfermo). El ME refiere las nociones y percepciones que los pacientes y las familias tienen sobre una determinada enfermedad y sobre el tratamiento. Este ME puede ser diferente del que tienen los profesionales sanitarios y del ME que tienen otros pacientes y familiares. Kleinman incluye el ME en un sistema más amplio que denomina Sistema de Cuidados de Salud (health care system). Este modelo pretende investigar los factores que determinan la respuesta ante la enfermedad. El concepto de ME también es estudiado por Leventhal y colaboradores al que denominan esquema cognitivo (EC). Estos autores basan su modelo en el supuesto básico de que el paciente es como un "procesador activo" que elabora una representación mental de su enfermedad y en función de esta regula su comportamiento. El objetivo general de este estudio es Identificar los conocimientos, creencias y percepciones sobre la diabetes que tienen los pacientes y los profesionales sanitarios. Los objetivos específicos son 1) Analizar si existen diferencias entre los PS y los pacientes; 2) Analizar si se observan diferencias según tipo de diabetes, edad, sexo y nivel asistencial y 3) Determinar las características sociodemográficas y sanitarias de los pacientes con DM atendidos en la Atención Primaria de Salud y en Unidades especializadas hospitalarias.

Método:

Estudio observacional transversal en 5 hospitales y 10 consultas de APS. Sujetos: los PS y los pacientes con diagnóstico de DM de los centros participantes. Criterios de exclusión: experiencia profesional < 2 años; enfermos diagnosticados hace menos de 1 año, acudir por complicación aguda, padecer complicaciones crónicas severas, estar afectados por otras patologías además de la DM y tener un nivel sensorial inadecuado para responder. Se elaboró un cuestionario con datos sociodemográficos y sanitarios y preguntas de respuesta múltiple sobre percepción de salud general y forma física, gravedad de la DM, posibilidad de controlarla, autoeficacia, valoración de la información proporcionada por los PS y consecuencias de padecer la DM. Los datos se recogieron durante 3 meses captando de forma consecutiva a los pacientes que cumplían los criterios de inclusión y a los PS. Previamente se realizó una prueba piloto que permitió sustituir las respuestas iniciales, mediante escalas de gradación, por respuestas múltiples dada la dificultad que presentaron algunos pacientes.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables y los intervalos de confianza al 95%. Para comprobar la asociación entre variables se calcularon las pruebas estadísticas adecuadas, dependiendo del tipo de variables (prueba ji-cuadrado o el test exacto de Fisher, prueba t de student, prueba U de Mann Whitney, análisis de la varianza y prueba de Kruskal-Wallis). Para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ajustadas por otras variables que podrían inferir en las mismas, se construyó un modelo de regresión lineal múltiple. En todas las pruebas de contraste de hipótesis se consideró un nivel de significación estadística del 0,05. Se utilizó el programa SPSS v. 15.0.

Resultados:

Se estudiaron 463 pacientes (234 con DM1 y 229 con DM2) y 254 PS (100 profesionales médicos (PM) y 154 enfermeras). La edad media de los pacientes con DM1 fue de 36,8 + 10,6 y la de los pacientes con DM2 de 66,2 + 10,6 (p= 0,001); La edad media de los PM fue de 42,1 + 12,1 y la de las enfermeras de 41,4 + 11,6 años. Se consideran de clase social alta o media alta el 43,2% de los enfermos con DM1 y el 20,7% de los enfermos con DM2 (p = 0,001). El 4,3% de los enfermos con DM1 y el 53,8% de los enfermos con DM2 tienen un nivel de estudios de primaria incompleta o menos (p = 0,001). La media de HbA1c en pacientes con DM1 fue de 7,5 +/- 1,3 y en pacientes con DM2 7 +/- 1,5; La media del IMC fue de 24,7+/- 4,2 en pacientes con DM1 y de 29,2 +/- 4,8 en pacientes con DM2 (p= 0,001); Realizan actividad física regular el 64,1% de los enfermos con DM1 y el 70,9% de los enfermos con DM2. El principal motivo de los enfermos con DM1 para realizar actividad física es porque les gusta y el de los enfermos con DM2 es el consejo médico. El 55,6% de los enfermos con DM1 y el 34,4% de los enfermos con DM2 percibe que su forma física es buena o muy buena y el 6,5% de los enfermos con DM1 y el 24,7% de los enfermos con DM2 que es mala o muy mala (p= 0,001). Están satisfechos con su estilo de vida el 79,5% de los enfermos con DM1 y el 67,4% de los enfermos con DM2. Tienen hipertensión arterial el 8,5% de pacientes con DM1 y el 71,6% de pacientes con DM2 (p= 0,001); Tienen dislipemias el 10,7% de pacientes con DM1 y el 48,8% de pacientes con DM2; Tienen más de 1 hipoglucemia semanal el 81,6% de pacientes con DM1 y el 12,2% de pacientes con DM2 (p= 0,001); Padecen alguna complicación crónica el 6,7% de pacientes con DM1 y el 21,2% de pacientes con DM2 (p= 0,001); Consideran que la dieta que realizan habitualmente es buena o muy buena el 70,9% de los enfermos con DM1 y el 58,1% de los enfermos con DM2 y que es mala o muy mala el 2,6% de los enfermos con DM1 y el 7,8% de los enfermos con DM2. Perciben que la dieta está poco o nada relacionada con el control de la glucemia el 11,1% de los enfermos con DM1 y el 24,6% de los enfermos con DM2. Fuman el 29,5% de pacientes con DM1 y el 7,9% de pacientes con DM2 (p= 0,001); consumen habitualmente alcohol el 40,2% de pacientes con DM1 y el 26,6% de pacientes con DM2 (p= 0,002); Consideran que su salud es buena el 68% de los pacientes con DM1 y el 36,7% de los pacientes con DM2 (p= 0,001); Perciben que la DM es un problema grave de salud el 87,5% de los PM, el 68,7% de las enfermeras, el 40,6% de los pacientes con DM1 y el 37% de los pacientes con DM2 (p=0,003); que la DM modifica el estilo de vida el 68% de los PM, el 57,3 de las enfermeras, el 43,4% de los pacientes con DM1 y el 14% de los pacientes con DM2 (p= 0,001); que afecta mucho o bastante la imagen personal el 57,2% de los PM, el 40,7% de las enfermeras, el 18% de los pacientes con DM1 y el 14,4% de los pacientes con DM2 (p= 0,002); que la DM se puede controlar mucho o bastante el 91,2% de los PM, el 89,8% de las enfermeras, el 76,8% de pacientes con DM1 y el 55,2% de pacientes con DM2 (p= 0,001); que el enfermo es autoeficaz el 50% de los PM, el 46,8% de enfermeras, el 54,7% de pacientes con DM1 y el 25,8% de pacientes con DM2; que la DM causa tristeza el 67,9% de los PM, el 51,4% de las enfermeras, el 19,6% de pacientes con DM1 y el 14,4% de pacientes con DM2; que los profesionales proporcionan mucha información el 83% de los PM, el 61,5% de las enfermeras, el 71,3% de pacientes con DM1 y el 46,3% de pacientes con DM2. En el análisis multivariante se comprobó que la edad y la DM2 se asocian positivamente con factores de riesgo cardiovascular y complicaciones crónicas. El ser hombre se asoció positivamente con la percepción de gravedad de la DM, las alteraciones de la vida cotidiana y la pérdida de imagen personal (p= 0,001).

Discusión:

Se observan diferencias entre el modelo explicativo de los PS y el de los pacientes, entre el de los pacientes con DM1 y los pacientes con DM2 y también por sexo. Diferentes estudios han

mostrado que existen diferencias entre la forma en que conciben la diabetes los profesionales sanitarios y la forma cómo la conciben los pacientes. Otro trabajo realizado con pacientes que habían padecido un primer evento de cardiopatía isquémica (CI) puso de manifiesto diferencias en el esquema cognitivo de los profesionales y de los enfermos. Mientras que los primeros conocen y aceptan como válidos los factores de riesgo clásicos de la CI y esperan que el paciente se responsabilice del autocuidado, los pacientes tienen sus propias creencias y percepciones sobre el riesgo. Por otra parte, el sexo, la situación ocupacional y el nivel de instrucción generan diferencias significativas en los hábitos y en las percepciones. Esto se debe a que los profesionales sanitarios se centran en la patología y están lejos de saber cómo las personas sienten su cuerpo y cuáles son sus expectativas, sus recursos y sus pasiones. Se reconoce el hecho de que la enfermedad del médico no coincide con la enfermedad del paciente. Llama la atención el número de consumidores de tabaco y alcohol, especialmente en pacientes con DM1 y el porcentaje de enfermos que no percibe relación entre la dieta que realiza y el control de la glucemia. La DM2 genera menos alteraciones y repercusiones emocionales que la DM1 pero los pacientes con DM2 presentan más factores de riesgo cardiovascular, mayor número de complicaciones crónicas, tienen baja percepción de salud, y de autoeficacia, muestran escepticismo respecto a la posibilidad de controlar la DM y la mayoría piensa que la información de los PS es insuficiente. Los PS deberían recuperar el valor de la palabra y desarrollar capacidades para escuchar y dialogar, fermentar la educación terapéutica y la participación de los pacientes en la toma de decisiones dirigidas al autocuidado.

BIBLIOGRAPHY:

- Ortuño G., DM y nefropatía diabética. ¿Cual es la magnitud del problema? Nefrología XXI 2001(3):4-11
- 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.
- King, H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes 1995-2025. Prevalence, numerical estimates and projections. Diabetes Care 1998, 21:1414-1431
- Rosenstock I.M. "Why people use health services" Milbank Memorial Fund Quarterly. 1966. 44:94-124
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward unifying theory of behavior change. Psychological Review, 84, 191-215.
- Ajzen I., Fishbein M. "Understanding attitudes and predicting social behavior" Englewood Cliffs, New Jersey 1980. Prentice-Hall
- Maslow A.H., Toward a psychology of being. New York; Di Van Nostrand, 1968
- Green L.W., Kreuter M, Deer S, Partridge K., Health Education Planning: A Diagnostic Approach. Palo Alto; Mayfield, 1980
- Kleinman, A. Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry. Berkeley (Cal.): University of California Press;1980
- Leventhal H., Zimmerman R., Gutmann M. Compliance: A self-regulation perspective en W. D. Gentry (eds) Handbook of behavioral medicine. New York: Guilford Press; 1984.
- Leventhal H., Nerenz D. The assessment of illness cognition en P. Koreley (eds) Measurement Strategies in Health Psychology. New York: Wiley;1985.
- Isla P., Gómez MJ., Gil D., Merino O., Roig C., Vivas E., Ortigosa L. Factores de riesgo y autovaloración del paciente en un primer episodio de cardiopatía isquémica. Enfermería Clínica 2003;13(5):267-78
- Herzlich C.; Pierret J. De ayer a hoy: construcción social del enfermo. Cuadernos Médico Sociales 1988; (43):21-30
- Simmons D, Lillis S, Swan J, Haar J. Discordance in perceptions of barriers to diabetes care between patients and primary care and secondary care. Diabetes Care. 2007 Mar;30(3):490-5

AUTOR/ES:

Bazarra R, Lagos R, Pólo B, Ferro A, Barciela MJ, González MJ, Chamorro T, Dios D, Refojos J.

TÍTULO:

Hábitos Alimentarios de los Pacientes Diabéticos Tipo2 Que Participan En Un Ensayo Clínico

TEXTO DEL TRABAJO:

La Diabetes Mellitus (DM) es un importante problema de salud a nivel mundial por su alta prevalencia, comorbilidad, número de muertes prematuras que provoca y elevado coste económico. La estimación de la OMS para el año 2030 es de 366 millones de diabéticos, la mayoría tipo 2, estas cifras constituyen una auténtica epidemia. (1,2).

En España la prevalencia de esta enfermedad oscila entre el 4,8%-18,7% esta variabilidad es atribuible a las características de la población. La DM está relacionada con complicaciones macro y microvasculares, es la tercera causa de muerte en mujeres y la séptima en hombres, en España. El coste medio anual, en España, de los pacientes diabéticos que presentan complicaciones es el 64,5% del gasto sanitario total y del 13,7% si no presentan ningún tipo de complicación (3,4). La mayor parte de las complicaciones diabéticas están relacionadas con la duración y severidad de la hiperglucemia y un control estricto de la misma reduce la aparición de las lesiones micro y macrovasculares (5).

El envejecimiento de la población y los patrones de estilos de vida apuntan como principales determinantes del incremento de DM tipo 2 (6). La posibilidad de presentar diabetes aumenta de forma exponencial con el incremento del Índice de Masa Corporal (IMC); por tanto, obesidad y diabetes están estrechamente relacionadas y también la hipertensión arterial y dislipemia (7).

Existe evidencia de que mediante la realización de ejercicio físico y dieta adecuadas se puede lograr un buen control glucémico en DM tipo 2, o incluso demorar y prevenir la aparición de la enfermedad. La disminución de peso corporal demostró una mejora en el control glucémico y una disminución de los factores de riesgo cardiovascular (7).

En el paciente diabético tipo 2 el seguimiento de una dieta individualizada es condición indispensable para alcanzar un buen control metabólico. Las intervenciones educativas son una actividad fundamental para el control de la diabetes, centradas fundamentalmente en los estilos de vida: dieta y actividad física. La US Preventive Services Task Force (USPSTF) recomienda el asesoramiento dietético intensivo en personas adultas con enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación (6,8-10).

La Entrevista Motivacional incorpora la teoría de los estadios de cambio de Prochaska y Diclemente, utiliza habilidades de comunicación para mejorar la relación terapeuta paciente y tiene en cuenta los cinco pasos en que se estructuran las intervenciones dietéticas efectivas (11,12).

OBJETIVOS

Esta comunicación forma parte de un Ensayo Clínico cuyo objetivo principal es valorar la efectividad de la Entrevista Motivacional (EM) para modificar los hábitos de alimentación de pacientes diabéticos tipo 2 a medio plazo (12 meses de seguimiento). Presentamos los resultados del análisis basal con los siguientes objetivos:

Describir los hábitos alimentarios de un grupo de pacientes diabéticos tipo 2 participantes en el ensayo clínico

Investigar la relación entre los hábitos dietéticos y factores familiares, sociodemográficos y culturales

Evaluar la relación entre los hábitos dietéticos y otros factores de riesgo y complicaciones cardiovasculares

MÉTODO

Ensayo Clínico controlado, aleatorizado por profesionales de enfermería cuyo objetivo fundamental es medir la efectividad de la entrevista motivacional como instrumento de modificación de la conducta dietética a medio plazo en pacientes diabéticos tipo2.

Ambito: Atención Primaria. Área de Vigo

Sujetos de estudio: Pacientes diagnosticados de Diabetes M tipo2 atendidos por los enfermeros investigadores, trabajadores en Centros de Salud del Área de Vigo. Inclusión: al menos 1 año después del diagnóstico, entre 45 y 65 años, no insulino dependientes, con IMC >25 y <33 Autonomía físico-intelectual normal, sin dificultades económicas para hacer dieta y que den consentimiento informado de participar en el estudio. Se excluirán mujeres embarazadas y buenos cumplidores de los consejos higiénico dietéticos.

Intervención: Entrevista Motivacional en un grupo y atención propia de la práctica habitual en el otro

Tamaño de muestra: 51 sujetos en cada grupo. Alfa=0,5; potencia=0,9, diferencia 0,3 y un 20% de pérdidas

Variables: Se medirán al comienzo, 6 meses y al año

Centro de Salud, Terapeuta, Edad, Sexo, Nivel de instrucción, Apoyo familiar, Trabajo, Tiempo desde el diagnóstico, Complicaciones de la diabetes, Tratamiento farmacológico, Ejercicio físico: tipo, duración, frecuencia, (veces/semana), Peso IMC, Perímetro abdominal, Presión arterial, hemoglobina glicada, colesterol total, LDL colesterol, HDL colesterol y Triglicéridos, Ingesta de grasas saturadas, de grasas insaturadas, de fibra y de alimentos restringidos. A través de: Encuesta alimentaria, cumplimiento dietético, cuestionarios cantidad/frecuencia, Comienzo o modificaciones en pauta de tratamiento farmacológico. Eventos relacionados con complicaciones de la diabetes. En cada visita del grupo de intervención: estado de motivación del paciente según Prochaska e Diclemente, fases de la Entrevista Motivacional.

RESULTADOS

El número de pacientes incluidos en el ensayo es 108. La mediana de edad es de 60 años con un predominio de varones (65,9%). El tiempo de evolución de la enfermedad es de $6,5 \pm 4,37$ años. El 69% tienen estudios primarios, 13,1% secundarios, 11,9% superiores y un 6% sin estudios. El 92,8% tiene apoyo familiar (51% del cónyuge, 26% cónyuge e hijos, 10% hijos y 5% otros), el tipo de actividad es ligera en el 70,5% de los casos, media en 24,4%, intensa 3,8% y encamados 1,3%. El 82,2% de los pacientes no presentan complicaciones al inicio del estudio, el 11,9% presentan complicaciones macrovasculares y el 6% microvasculares.

Tienen una Tensión Arterial (TA) sistólica de 137 ± 14 mmHg, una TA diastólica de $78,9 \pm 8$ mmHg. Hemoglobina glicada de $6,8 \pm 1$, Colesterol total 203 ± 42 mg/dl, HDL-colesterol $52,9 \pm 15,5$ mg/dl, LDL-colesterol $120,9 \pm 37$ mg/dl, triglicéridos $148 \pm 93,6$ mg/dl.

La ingesta de grasas saturadas es bajo en el 67,1%, medio 23,5% y alto en el 8,3%. El consumo de grasas insaturadas es medio en el 67,5% y alto en el 32,5%. El aporte de fibra es bajo en el 65,9%, medio 29,3% y alto en el 4,9%. Consumen alimentos restringidos una vez al mes o más el 89,4%.

Realizan algún tipo de ejercicio físico el 66,6%, el 96,4% caminan más de 30 minutos cada vez y el 70% más de 3 veces por semana.

Están tratados por su diabetes con cambios de hábitos el 24,7% y el resto tiene prescrito al menos un antidiabético oral.

Consumen más grasas insaturadas los hombres que las mujeres ($p=0,033$) y también más alimentos restringidos ($p=0,057$)

A mayor nivel de instrucción más práctica de ejercicio físico ($p=0,024$). El consumo de grasas saturadas se relaciona con el tipo de actividad laboral a más actividad más consumo ($p=0,036$), igual para los alimentos restringidos ($p=0,093$). El consumo de grasas insaturadas aumenta con el tiempo de evolución de la diabetes ($p=0,014$)

A más consumo de grasas saturadas mayor peso ($p=0,019$) y más perímetro abdominal ($p=0,016$) y a mayor ingesta de grasas insaturadas mayor TA diastólica ($p=0,054$) y menor nivel de HDL ($p=0,068$), a mayor ingesta de fibra mayor perímetro abdominal ($p=0,015$) y el consumo de alimentos restringidos se relaciona con mayor perímetro abdominal también ($p=0,045$).

La práctica de ejercicio físico se asocia con menores cifras de TA sistólica ($p=0,005$). La duración del mismo se relaciona de forma inversa con los niveles de glucohemoglobina ($p < 0,001$) y triglicéridos ($p < 0,001$)

* Datos expresados como media y desviación estándar

DISCUSIÓN

No existen muchos estudios a cerca de hábitos dietéticos en pacientes diabéticos tipo2 en España y además varios de los estudios revisados en los que se evalúan prácticas nutricionales, muestran que existe mucha variabilidad a la hora de seleccionar los datos de interés y el método de recogida de los mismos (encuestas, cuestionarios..) por lo que las comparaciones deben hacerse con prudencia. La mejoría de la TA, glicohemoglobina y Triglicéridos con el ejercicio físico son concordantes con otros estudios, sin embargo es discordante la ausencia de relación entre consumo de grasas saturadas y fibra con el perfil bioquímico, quizá en relación con tratamiento hipolipemiante en nuestro estudio. El aumento del perímetro abdominal en relación con la ingesta de fibra pensamos esté en función del aumento de meteorismo. Esta asociación sólo la hemos encontrado en trabajos pediátricos.

CONCLUSIONES

1. Los pacientes de nuestro estudio declaran un bajo consumo de grasas saturadas, ingesta media de grasas insaturadas y bajo consumo de fibra, además de consumir alimentos restringidos más de una vez al mes. La mayor parte realizan ejercicio físico, fundamentalmente caminar
2. La realización de ejercicio físico está en relación con el nivel de instrucción y el consumo de grasas saturadas con el tipo de actividad.
3. El peso y el perímetro abdominal se relacionan con el consumo de grasas saturadas y alimentos restringidos. La realización de ejercicio físico mejora la TA sistólica, los niveles de hemoglobina glicada y triglicéridos, estos últimos en dependencia con la duración del mismo
4. Es útil, para la práctica diaria, conocer qué factores se asocian a los hábitos higiénico dietéticos de nuestros pacientes y qué hábitos son los que influyen en los objetivos a conseguir para ellos, con el fin de encontrar un abordaje terapéutico más eficiente.

BIBLIOGRAFÍA:

1. World Health Organization.WHO/FAO Expert Consultation. Diet, nutrition and the prevention diseases. Geneva: World health Organization/Food and Agriculture Organization; 2003
2. Wild S,Roglic G,Green A. Global prevalence of diabetes-Estimates of the years projections for 2030. Diabetes Care 2004;27 : 1047-50
3. Mata M, Antoñanzas F, Sanz P. The cost of type 2 diabetes in Spain: the CODE-2 Study.Gac Sanit vol 16.n6 nov-dic 2002.
4. Ruíz-Ramos M, Escolar A, Mayoral E, Corral F, Fernández I. La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. Gac Sanit. 2006;20: 14-24.
5. UK Prospective Diabetes Study(UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes source. Lancet 1998;352(9131): 837-853.
6. American Diabetes Association Standards of Medical Care in Diabetes. American Diabetes Association. Clinical Practice Recommendations 2004: Position Statement. Diabetes Care. Supl1
7. Pfohl M,Schwartz H. Strategies for prevention of type 2 diabetes. Expl Clin Endocrinol Diabetes.2001; 109:S45-S49.
8. The Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. The New England Journal of Medicine 2002; 346(6):393-403.
9. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, et al. Prevention of type diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. New England Journal of Medicine 2001;344(18):1343-1350.
10. U.S. Preventive Services Task Force . Recommendation, rationale statements, evidence summaries, systematic evidence reviews (01/2003). Disponible en: www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm.
11. Cabezas Peña M.C. Intervenciones efectivas en educación sanitaria.FMC;11(1):3-12
12. Prochaska, J. y Diclemente, C.: Stages and processes of self-change of smoking: Toward and integrative modelo

Mesa de comunicaciones 14 / Concurrent session 14: Evidence in education and practice

AUTHOR/S:

Breimaier HE, Lohrmann C

TITLE:

Nurses' wishes and perceived obstacles regarding nursing research and utilization - comparison of different educational curricula.

TEXT:

Nursing science is a very young discipline in Austria. In 2001 the first nurses received their diploma according to curricula based on a new law stating that nursing research is part of the nurses' field of duty. Therefore, this study aims to identify the differences between nurses in an Austrian hospital setting who received their diploma before and after the enactment of this new law regarding the following issues: perceived obstacles, facilitators, wishes, and requirements regarding nursing research and research utilization as well as the utilization of research results in daily practice.

An exploratory and descriptive survey was carried out in a large university teaching hospital in the south-eastern part of Austria. The investigated population comprised German-speaking graduate nurses of all disciplines, including head nurses. All 1825 nurses of the hospital were invited to take part in the study. They were informed via flyers and during an oral presentation. The study was carried out in May 2007, the response rate being 56 % (N = 1023). The translated and modified Questionnaire on Utilization of Nursing Research [1] was used to answer the study questions. Permission to use the questionnaire was obtained from the author. The questionnaire included seven open- and 14 closed-ended questions as to demographic data, research utilization, perceived barriers and facilitators as well as wishes regarding the implementation of research results. The qualitative statements to open-ended questions were content-analysed and a categorization scheme was developed. Descriptive statistics as well as parametric and nonparametric tests were analysed using SPSS, version 15. Ethical approval was obtained.

In general there are no or only few significant differences between the nurses' diploma groups (<2001/≥2001) as to: 1. the frequency of utilization of research results in daily practice, marginal in both groups; 2. the most frequently stated barriers: lack of time, lack of information, disinterest; 3. the most frequently named facilitators: adequate information, time and accessibility to research results; 4. the most frequently reported needs, requirements and wishes regarding research utilization and implementation: adequate information, structural availability, professional support and feasibility/practicability of results. The groups differ substantially regarding: 1. topics for further education, 2. the willingness to participate in further training as to nursing science and nursing research, 3. the nurses' wish for training being offered by the employer.

This has been the very first study focusing on nurses' opinions regarding nursing research and research utilization in Austria, and one of the very few worldwide drawing attention to nurses' wishes and requirements. There is still a considerable group of nursing forces who, for various reasons, do not use research results in daily practice. Nurses in both groups are willing to broaden their knowledge; however, they have different needs. The results are valuable hints for educators and managers regarding (further) education and its necessity to be tailored to nurses of both diploma groups, as well as successful implementation of research results into daily nursing practice to improve patient care. The results might not be generalizable as the response rate is less than what is recommended in the literature, and only one Austrian hospital was surveyed. Missing values were high, especially as to open-ended questions, e. g. nurses' wishes. Further research is necessary on national and international levels on nurses' needs, requirements and wishes to develop implementation strategies tailored to nurses' needs.

BIBLIOGRAPHY:

1. Parahoo K, McCaughan EM. 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.

AUTHOR/S:

Aljohani, Khalid BSN, MANP, RN
Thomas, Ben A/Prof

TITLE:

Exploring Case Management Perception among Health Care Professionals in Saudi Arabia

TEXT:**1.- Objectives**

Healthcare has encountered tremendous forces that have shaped the system's operation, structure, and goals. Several initiatives were made to face system changes. Among them, case management (CM) has been adapted through numerous healthcare systems to expanded health care services as well as to improve patient care. The purpose of this study is to explore the perception of case management among healthcare professionals in the Kingdom of Saudi Arabia. Included professionals are nurses, doctors and executives. Since CM effects are rooted deeply in the healthcare system, this study has the potential to highlight several issues that relate to the service provision and system outcomes in the Kingdom of Saudi Arabia. Two questions were addressed in the study:

- a) How do healthcare professionals perceive case management services?
- b) How can case management benefit healthcare professionals?

2.-Methods

This study was conducted at a metropolitan Hospital in the Madinah region, Saudi Arabia. The hospital was selected to be the study site because of its overall structure and functional characteristics that are similar to any public hospital under the governance of Ministry of Health. The study sample consists of eighteen health care professionals selected from among the Hospital employees (sample frame). Participants' professional backgrounds include medicine (doctors and executives) and nursing. Participants were recruited by means of a purposive sampling approach that supports the symbolic representation of the different stakeholders. The number of participants was determined using a matrix approach [1].

Qualitative research was determined to be appropriate for this study, because of the exploratory nature of the research into a new area of knowledge. To collect data, two specific methods were used: individual interviews; and focus groups. Both approaches were guided by the topic guide 'Interview Schedule' that illustrates study questions and sub-questions.

The qualitative research design was chosen because no previous similar studies had been identified. Qualitative research often is most appropriate when exploring new issues [1, 2]. Trustworthiness was maintained through, member checking, topic guide that precisely extracts the data of interest guided all data mining and triangulation of sources by comparing data generated from focus groups and from the interviews with key informants. Latent content analysis also was used to avoid bias. Latent analysis treats explicit descriptions within each participant's responses [3]. Ethics approval was granted prior to data Collection phase.

3. - Findings

Findings of the study revealed dissatisfaction with the current health care system, which seems to be ineffective and inefficient, in particular with respect to non-biomedical issues. Participants perceived CM as a potential solution to this system limitation. Nurses seem to be the most eager to explore this avenue, because many are informally filling the voids that exist in the current system. Nurses also may be the most appropriate to take on an official CM role. Participants identify CM benefits through improved discharge planning, increased hospital bed capacity, improved patient education, coordination of service delivery and continuity of care.

4.- Discussion

Lack of CM knowledge among health care professionals, including executives, supports Herzlinger's argument that players are among those forces that may avoid innovation [4]. According to the participants, nurses are professionally prepared to handle the role of case manager. This may indicate that nursing skills may be particularly appropriate for the CM activities. Similarly, nurses are more involved with the treatment team than social workers. The current study was unable to explore this point further, because social workers, who are also considered for this function, were not in the study sample.

However, it is suggested that exploring participants' perceptions of CM functions, discharge planning, service coordination, patient education and resource utilisation were mentioned as high priority interventions to close the gaps in patient care delivery. These activities also were included in another study [5] examining case managers' roles and functions, thereby validating the current findings and supporting the claim by some that CM should be implemented in Saudi Arabia's public health care system.

Limitations of the health care system identified by this study provide significant evidence of CM's influence on health care system outcomes. This gap is stretching staff members who already are exhausted, which potentially may lead to burnout or forcing other health providers to perform these activities while declining prior duties. In addition, disorganised efforts may waste resources via non-standardised interventions. Implementing CM likely would avoid these consequences.

Although this study demonstrates some level of executive awareness of the limitations of the current system, they did not offer any solution. Arguably, the explanation for this passivity might be the years of a centralization policy and bureaucratic decision-making processes yielding negative outcomes. Even though the Ministry of Health has removed this obstacle over the last few years by means of its decentralization policy, it appears that executives still are hesitant to become actively involved in the decentralization movement.

In addition, inadequate communication was identified repeatedly as one of the main barriers to enhanced health care delivery. Communication problems were two dimensional: lack of communication with other health care organisations; and deficiencies in communication between health care providers and social workers. Deficiencies in communication between health providers and social workers were identified as a significant problem by the participants. Despite the fact that social workers were perceived as not being involved in the medical team, the main concern was social workers' inability to communicate, either because of English language issues or because of an inadequate understanding of medical terminology. Consequently, social workers were perceived as being unable to satisfy provider and patient expectations. However, an approach must be developed to help close the gap in CM skills between nurses and social workers. Clearly, this will require a conscious effort by both parties, such as enhanced communication and collaboration between nurses and social workers to optimally learn and perform hospital CM functions [6].

However, it is suggested that rapid resolution should not be expected, because a shortage of nurses is a chronic problem in various health care systems around the world. On the other hand, informally involving various nurses in indirect patient care adds to their already excessive workload. Introducing CM to take on these indirect patient care functions would be a practical solution that has been justified in numerous scientific studies.

Interestingly, one of the findings of this study is that physicians are perceived to be neglecting performing social histories on their patients. This, in turn, is perceived to be an explanation for doctors' relative ineptness dealing with many patient issues that would fall under the jurisdiction of CM. According to the doctors interviewed in this study, social aspects are more of a distraction to them than a concern. Therefore, CM almost certainly would not be a high priority for them.

Implications of Findings

Even though the Ministry of Health (MOH) has delegates' decision-making rights over regional health affairs, this delegation did not result in active participation or the self-actualization stage of decision-making. Regional health affairs management should move into the stage of managing system defects without expecting MOH to initiate this process. The MOH is in the best position to close identified gap in health care delivery, and has the ability to guide regional health care organisations as they adopt means to facilitate the systematic transfer of patients between them.

From nursing stand, continuing the current practice of having nurses perform all coordination activities informally runs the risk of increasing the workload of nursing staff beyond manageable bounds, thereby adversely affecting patient outcomes and potentially driving some nurses out of the profession. Nursing administration and staff should raise their concerns to hospital administrators, in particular focusing on the obstacles nurses face trying to accomplish all these tasks. Ultimately, CM functions may end up being assigned to area nurse managers, who already are performing some of these tasks. This change would avoid the duplication of nursing activities as they relate to CM.

Recommendation for future research

Future research should explore the opinions of CM stakeholder groups that were not involved in this study, such as social workers, patients and family caregivers. In addition, specific system-related issues like patient referral protocols and resource utilisation warrant inspection. However, perhaps the most important area of study exposed by the current research is the effect of CM on the discharge planning process. Internationally, this study suggests that doctors' attitudes towards and participation in CM functions may be heavily influenced by the level to which they include social histories as part of their own data collecting practices on patients. Further research to explore this hypothesis clearly is warranted.

BIBLIOGRAPHY:

- [1] Ritchie J, Lewis J, eds. Qualitative research practice: a guide for social students and researchers. London: SAGE 2003.
- [2] Appleton J. Analysing qualitative interview data: addressing issues of validity and reliability. *Journal of Advanced Nursing*. 1995;22(5):993-7.
- [3] Kondracki N, Wellman N, Amundson D. Content analysis: review of methods and their applications in nutrition education. *Journal of Nutrition Education and Behaviour*. 2002;34(4):224-30.
- [4] Herzlinger R. Why innovation in health care is so hard. *Harvard Business Review*. 2006;84(5):58-66.
- [5] Tahan H, Huber D, Downey W. Case Managers' Roles and Functions: Commission for Case Manager Certification's 2004 Research, Part I. *Lippincott's Case Management*. 2006 a;11(1):4-22.
- [6] Robbins C, Birmingham J. The social worker and nurse roles in case management: applying the three Rs. *Lippincott's Case Management*. 2005;10(3):120-7.

AUTHOR/S:

Shao-Hui Shu Department of Nursing, Tzu Chi College of Technology, Hualien, Taiwan
Yu-Ting Chang Department of Nursing, Tzu Chi College of Technology, Hualien, Taiwan

TITLE:

Literature review of Cardio-Pulmonary Resuscitation training program for community residents in Taiwan

TEXT:**Background:**

Cardio-Pulmonary Resuscitations (CPR) training programs have been established over last 30 years in Taiwan. However, studies found that 95% patients failed to receive CPR prior to the arrival of hospital. Therefore, an investigation of CPR training methods, related measurement instruments and training effectiveness is warranted.

Objectives and Aim:

Our objective was to investigate and review published studies about CPR training in Taiwan. An evaluation of the effectiveness of CPR training programs for community residents in Taiwan was also carried out.

Method:

Data bases searched included Index of Chinese Periopath Literature on www, Electronic Theses and Dissertations System and Statistical Report of Government Research System. The search was limited to articles published in Chinese between the year 1970 and 2006. Keywords of the search were "cardiopulmonary resuscitation" and " training effectiveness".

The inclusion criteria of articles were: (1) the subjects of study on adult basic life support training programs and (2) study participants were recruited from Taiwan. According to Newman and Roberts (2002), the critical appraisal of articles from level one to five were: (1) results come from a systemic review of multiple well-designed randomized controlled trail study; (2) results come from a single randomized controlled trail study; (3) results come from a self-designed without randomization study; (4) results come from a well-designed with non-experimental study, and (5) results com from experts' opinions. Two reviewers independently analysed articles in the final analysis.

Findings:

There were in a total of 13 papers was identified. Among the 13 papers, one paper met the critical level II and others were in level III. Seven out of the 13 papers identified, participants were students with sample size between 39 and 307. Participants in 4 out of 13 studies were recruited from a population of community residents with sample size between 222 and 599. In 2 of 13 papers, a population of schools' staff with sample size 174 and 796 were recruited.

The results showed that the main teaching method for CPR training course across 13 papers was provision of a lecture and the lecturing hour is about 2 to 4 hours. In 6 of 13 papers, the teaching method included a lecture and practical skill of CPR using mannequins about 30 minutes to 5 hours. The video lecturing of practical situation for basic CPR provided in 5 out of 13 papers and the length of video is about 30 to 60 minutes. The topics covered in the lecture included the basic theoretical aspects of the approach used in basic CPR and the basic anatomical and physiological consideration in the performance of CPR. The skill course consisted of the description, demonstration and practice of CPR.

In 11 of 13 papers, the researchers had created their own measurement instrument to evaluate CPR the effectiveness of CPR training, indicating that the lack of a standard instrument for such evaluations. In 2 of 13 papers, questionnaires referenced from Taiwan Society of Critical Care Medicine (TSCCM) were used to evaluate the subjects' knowledge of CPR. We also found that a guideline of basic CPR referenced from TSCCM was used to evaluate the performance of subjects' skill in 6 out of the 13 papers.

Six out of the 13 papers reported an evaluation of CPR skill for their CPR courses, 50% of those showed no significant improvement of the CPR skill after the training. Of the 8 papers that performed a pre-post instruction evaluation of the subjects' attitudes toward CPR, there was also half of those showed no significant change. All 13 studies reviewed showed manifested improvement on participants' knowledge after the training courses of CPR.

Discussion:

The result indicated that CPR training course can have positive impact on the subjects' knowledge of CPR, but the evidence for effectiveness on skills and attitude required to perform a standard CPR procedure were inconclusive. The course of CPR training should also on caregivers or families of the high risk of cardiac arrest and older adults because they are more likely to be the ones who administer CPR for their partners in the community.

Future aims:

In the future, we aim to maximize the impact of CPR training programs. The effectiveness of CPR training course related to culture aspects is needed to further explore.

BIBLIOGRAPHY:

Li YC. Effect of different CPR intervention programs on knowledge □ attitude of CPR among college students. Kaohsiung Medical University. 2005;93:1-134.

Li HF. The immediate effect between innovative and conventional teaching designs in basic life support courses. National Taipei College of Nursing. 2005;94:1-150.

Lin KM, Liao FL, Lee CL, Chang TH. The impact of CPR program to student on knowledge, attitude and skill. J HungKuang University. 2005;47:13-24.

Sun JL, Su IY, Hung LC, Chen LH, Chen YC, Fan MC, Fang MS, et al. Evaluation the effects on a CPR education program for the junior high students. J Health Management. 2004;2(2):217-228.

Ma LL, Tseng YH. Outcomes of administering CPR curriculum to students in senior high schools. 2003;43:42-55.

Chen HL. The effect of CPR training and booster program on knowledge, skill and behaviour of students toward CPR in high schools. J Health Promotion & Health Education. 2003;23:115-128.

Chen YC, Chen MH, Fan JS, Yang JM, Tung SP, Wang LM. A survey of layperson in public CPR classes. J Taiwan Emerg Med. 2004;6(2):322-330.

Huang SM. The effect of CPR training program on behaviour of students toward CPR in junior high schools in Taipei County. J School Health Association. 2004;15/16:18-53.

Yang MC, Fan CY, Huang CM. Evaluation on the trainees of the first aid and CPR training course offered by Taipei Municipal Department of Health. Taiwan J Public Health. 1998;17(1):59-69

Tsai YL. An analysis of the effectiveness of CPR training in schools' staff in Taipei city. J Health Administration. 1993;13(2):51-65.

Tsai PF. The learning outcomes and related factors of the public CPR training program. China Medical University. 2004;93:1-120.

Luo YH, Liao YJ, Lin YH. The effectiveness of CPR training in schools' staff in HsinChu county. J School Health Asssocation. 2000;36:85-96.

Lou ML. A study of the knowledge, attitude and practice toward CPR among nursing students in Central Taiwan. J ChungTai Junior College. 199

AUTHOR/S:

Jayasekara RS, Schultz T, Pearson A

TITLE:

The development of an evidence-based conceptual framework for undergraduate nursing curricula in Sri Lanka

TEXT:**Background**

In Sri Lanka, nursing education is moving from a 3-year general nursing certificate to a 4-year university bachelor degree.¹ In this transitional stage, the development of a conceptual framework that uses evidence to underpin undergraduate nursing education is a crucially important step to improve nursing education and nursing service in Sri Lanka. However, there is no evidence to support the contention that existing and proposed undergraduate nursing curricula in Sri Lankan universities are based on a common philosophy or an acceptable needs assessment.

Purpose

The overall purpose of this study was to develop an evidence-based conceptual framework for undergraduate nursing curricula in Sri Lanka.

Method

This study has involved conducting critical reviews of literature, two systematic reviews, developing a draft conceptual framework, testing its appropriateness and feasibility with key stakeholders (nursing academics, administrators, clinicians) via focus group discussions in Sri Lanka, and formulating the final conceptual framework for nursing curricula in Sri Lanka.

Findings

The systematic reviews revealed that the evidence regarding the effectiveness and appropriateness of undergraduate nursing curricula is notably weak and direct transfer of the curriculum model from one country to another is not appropriate without first assessing the cultural context of both countries.^{2, 3} The conceptual framework, which was developed using the finding of systematic reviews and literature reviews, consists of widely recognised nursing concepts in international and local contexts. However, some concepts can not be directly applicable because of cultural and economic impediments.

Discussion

The cultural, social, political and economic contexts of a country have a direct impact on its health and education systems. This study identified several factors that shape the approach to nursing curricula in Sri Lanka. These factors include: Western influence; Sri Lanka's cultural influence; the current healthcare system and demand for healthcare; nursing systems and regulation; medical dominance; financial support; and Sri Lanka's education system. All of these factors influence the conceptualisation of nursing and educational strategies needed to effectively and appropriately prepare nurses in Sri Lanka. I propose seven recommendations to support the implementation of the study findings into practice in Sri Lanka.

BIBLIOGRAPHY:

1. Jayasekara RS, McCutcheon H. The history of nursing services and education in Sri Lanka and the effects on developing professionalism. *J Nurs Educ.* 2006 10;45(10):391-5.
2. Jayasekara R, Schultz T. The feasibility and appropriateness of introducing nursing curricula from developed countries into developing countries: a comprehensive systematic review. *Int J Evid Based Healthc.* 2006 09;4(3):208-20.
3. Jayasekara R, Schultz T, McCutcheon H. A comprehensive systematic review of evidence on the effectiveness and appropriateness of undergraduate nursing curricula. *Int J Evid Based Healthc.* 2006 09;4(3):191-207.

Mesa de comunicaciones 15 / Concurrent session 15:

Procesos crónicos

AUTOR/ES:

Zuila Maria de Figueiredo Carvalho; Ticiane de Meneses Gularte; Luciene de Miranda Andrade; Antonio José Nuñez Hernández; Francisco Vicente Mulet Falco.

TÍTULO:

EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA PERCEPCIÓN DE LOS FAMILIARES DE PERSONAS CON LESIÓN MEDULAR INGRESADA.

TEXTO DEL TRABAJO:**Introducción:**

En la actualidad, el aumento desenfadado y alarmante de la violencia urbana en las principales regiones metropolitanas de nuestro país, ha aumentado el número de víctimas por trauma raquímedular de forma preocupante.

La gran incidencia de personas con lesión medular es considerada un problema de salud pública para los países desarrollados y o en desarrollo, porque lleva a un alto coste financiero, pérdida de la calidad de vida, perjuicio en la productividad del país, mayores inversiones en centros de rehabilitación y cambios en la arquitectura de las ciudades de modo a facilitar la accesibilidad de estas personas.(1)

La lesión medular es una condición que requiere periodos largos de observación y cuidado, haciendo la persona deficiente, frecuentemente, depende de los miembros de la familia para el cuidado físico, contactos sociales, apoyo emocional y ayuda financiera (2).

De modo que la recuperación, muchas veces va a depender de la habilidad familiar en ofrecer apoyo. Por así ser, cuidado y apoyo la esta persona, frecuentemente, se transforma en una sobrecarga significativa para la familia (3).

El cuidador familiar es una persona de la familia o alguien con fuertes lazos afectivos que dispensa atención a la persona enferma o deficiente en casa, también denominado de cuidador informal, o sea, sin formación en el área de salud, siendo que este emerge por intermedio de la figura del paciente, en una relación intrínseca (4,5).

La experiencia de cuidar de alguien acometido por paraplejía y tetraplejía en casa tiene se hecho cada vez más frecuente en el cotidiano de las familias. Así la vivencia en la práctica de enfermería con parapléjicos y sus familiares, nos llevó la una necesidad de evaluar como los cuidados de enfermería y la enseñanza-aprendizaje están siendo implementados por los enfermeros durante la hospitalización a través de la mirada de familiares cuidadores.

Son por lo tanto, los motivos que nos han llevado a realizar investigaciones sobre la experiencia de cuidadores familiares de personas con lesión medular con el mirando ampliar el conocimiento sobre el objeto do estudio, como estrategia para la asistencia, la enseñanza y la investigación.

Objetivo:

Conocer las percepciones del cuidado de enfermería en la unidad de neurología bajo la óptica de los familiares de las personas ingresadas con lesión medular del tipo paraplejía.

Metodología:

Es un estudio con abordaje cualitativo, do tipo exploratorio descriptivo. Los sujetos fueron 20 familiares acompañantes de personas con diagnóstico de lesión medular del tipo paraplejía. Los datos fueron recolectados durante los meses de agosto a diciembre de 2007, por medio de un formulario de entrevista constando datos socioeconómicos y de identificación de los sujetos de la investigación; entrevista estructurada después de la firma del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido.

Se utilizó entrevista estructurada. Para la organización de los datos, recogemos a la “Análise del Contenido” – Bardan (6).

La Ética en la investigación atendió las recomendaciones de la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud CNS, Brasil (7).

El proyecto de la investigación fue aprobado en el Comité de Ética del Complejo Hospitalario de la UFC- COMEPE/UFC. Fue respetado anonimato de los investigados para tanto, ellos serán identificados por nombres ficticios.

Resultados:

Descripción e Análisis de las categorías

Conocer la manera de pensar de los familiares de personas con lesión de la sobre los cuidados realizados por las enfermeras es una herramienta que influenciará fuertemente la práctica Profesional. De la lectura de las hablas, emergieron las unidades de significados que condujeron a la categoría temática:

El cuidado realizado y de las características del cuidado de enfermería-

“Durante todo ese tiempo que mi hijo esta aquí, sólo una vez sólo que yo vi la enfermera colocar la sonda en él...Otro cuidado yo no miré” (Doña Felícia).

“Tiene unas que colocan la sonda, si el paciente que tenga con escara ella limpia, hace el curativo”(Doña Fátima)

“Tiene unas que da atención, limpia el enfermo, ahora tiene unas que ya ni limpia....A las veces tiene unas que no van a hablar ni en el cuarto, a las veces no hablan ni buen día, o buena tarde...Y ahí es cuando la gente les cree que no dan atención” (Doña Flávia)

El cuidado de enfermería realizado por los enfermeros debería englobar tanto los conocimientos técnico-científicos, la capacidad de organización y planificación como primordialmente actitudes ético-psico-sociales en faz del crecimiento del arte de cuidar.

Cuanto a las características de los cuidados algunos acompañantes consideraron que una gran parte de las enfermeras efectúa el cuidado bien, o sea, de forma delicada, con cariño promoviendo confort, con actitudes que denotaban los aspectos de la relación de ayuda, tales como: atención y respeto. Veamos lo que dicen esas personas:

“Conversando bien con él, es pidiéndole tener paciencia, a las veces pasando la mano en la cabeza de él, aceitando él, de todo modo ellas hace bien” (Doña Fabiane).

“Tiene unas enfermeras que conversan tanto con él como la gente (los familiares) ellas dicen que entienden nuestro sufrimiento, en esa hora yo siento que ellas están preocupadas con mi hermano y que ya no hacen cosas por nosotros, porque no tiene modo(Doña Fabíola).

Ese modo de pensar cuidado es también por nosotros compartido, es por lo tanto, los amparar y elaborar una actitud cuidadosa, protectora y amorosa para con ellos y la realidad. Es un afecto que vibra delante de la vida, protege, quiere expandir la vida.

Otros refirieron el cuidado como algo inherente a la profesión, “una obligación” o “un deber del enfermero”.

Enseñar cuidados a los pacientes que sufrieron lesión en la médula espinal es bastante complejo. Es fundamental, antes de todo, el conocimiento o comprensión de la enfermedad y la capacidad de lidiar con los problemas advenidos de ella, colocándose en el lugar del otro y entendiendo los obstáculos bio-psico-sociales y económicos que adviene después de este acometimiento (5,8).

Discusión:

En los discursos se verifica que para muchas enfermeras la esfera del cuidado aún está centrada en la ejecución de tareas técnicas, para atender las necesidades del dominio biológico y no del ser humano.

El cuidado es la esencia de la enfermería y este debe comprender todas las dimensiones de la persona, cabe al enfermero recoger esfuerzos para ayudar el enfermo encontrar significados en la enfermedad, sufrimiento y dolor, haciendo con que la persona obtenga el autoconocimiento y auto cura, promoviendo su salud y armonía interna.

Los relatos de los familiares apuntan que los cuidados ofertados por los enfermeros de las unidades de internaciones estudiadas son más diseccionados para acciones y procedimientos técnicos, o sea, una preocupación con el hacer cuidado.

Para algunos autores (9,10,11) es concenso que los cuidadores familiares reciben escasa orientación por parte de los profesionales acerca de los cuidados con la salud. Eso también fue por nosotros percebidos.

Conclusiones

La complejidad de la lesión medular, demanda la necesidad de un cuidar de enfermería específico para actuar en las dimensiones social, psicológica y física, asegurando el cuidado holístico y continuo.

En este sentido percibimos que la práctica del cuidado holístico preconizado por las teóricas de la enfermería, aún, es, una laguna en el cuidar de personas portadoras de lesión medular.

Las implicaciones del estudio para a practica es la posibilidad generada de transformación del contexto de cuidar y de este modo los enfermeros que cuidan de personas con lesión medular incorporen el discurso humanizador en su cotidiano.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Pinheiro JP. A cadeira de rodas e o traumatizado vértebro medular. Estudo II. Revista Intercções. 2004; n. 6 pp. 184 - 198.
2. Carvalho ZMF et. al. Pacientes com lesão raquimedular: experiência de ensino-aprendizagem do cuidado para suas famílias. Esc. Ana Nery; vol.10, n. 2, ago, p 316-322. 2006.
3. Hespanha P. , Carapinheiro, G. Risco Social e Incerteza pode o Estado Social recuar mais? Coimbra: Edições Afrontamento. 2002
4. Faro ACM. Enfermagem em reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. Rev. Esc. Enferm. USP; vol. 40, n. 1, p. 128-33, 2006.
5. Guarte T de M. Ações do enfermeiro no cuidar das pessoas com lesão medular durante a hospitalização - visão do familiar cuidador. (Monografia). Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará Fortaleza, s.n., 70 p. , 2007.
6. Bardan L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70 Ltda, 1979.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Resolução no. 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. Suplemento 1996 vol 4 (2): 15-25, 1996
8. Cavalcante KMH. Cuidado de enfermagem à pessoa com paraplegia fundamentado no modelo roper-logan-tierney. [Dissertação Mestrado]. Fortaleza: Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará; 2007. 215 p.
9. Floriani CA. Cuidador familiar: sobrecarga e proteção. Revista Brasileira de Cancerologia, vol. 50, n. 4, p. 341-345, 2004.
10. Perline NMOG , Faro ACM. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39(2):154-63.
11. Carvalho ZMF ; Guarte TM ; Pinheiro PN . Las contribuciones de la familia en la rehabilitación de la lesión medular.Revisión bibliográfica. Investigación & Cuidados, 2º Sem. v. 5, n 11, p. 13 – 21. 2007.

AUTOR/ES:

Royo Morales T; Iniesta Sánchez J; Carrillo A; Pérez García MC; Rodríguez Mondéjar JJ; Saez Soto A; Abad Corpa E.

TÍTULO:

Estudio descriptivo sobre perfiles socio-demográficos, clínicos y sociales de pacientes con EPOC.

TEXTO DEL TRABAJO:

INTRODUCCIÓN: Durante los últimos años, el aumento de la esperanza de vida ha supuesto una mayor prevalencia de los procesos crónicos con el consiguiente incremento de costes. Desde el punto de vista de gestión se buscan alternativas para optimizar el uso de los mismos, planteándose fórmulas que tienden a disminuir la estancia de estos pacientes en las unidades hospitalarias, reintegrándolos a su medio con problemas de salud sin resolver, que necesitan de la continuidad de cuidados por parte de los servicios de atención primaria. Entre este grupo de pacientes encontramos los afectados por la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), una patología que va ganando relevancia en prevalencia año tras año, y que se espera que en breve cope los primeros puestos como causa principal de mortalidad. Motivo que nos lleva a realizar un estudio descriptivo en los Hospitales Generales Universitarios Morales Meseguer y Reina Sofía de Murcia con el objetivo de valorar sus características, la situación de su enfermedad, su estado de salud y recursos sociales de los que disponen.

MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo, en los HGU Morales Meseguer y Reina Sofía de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, durante el periodo comprendido entre junio del 2007 y abril del 2008. Los criterios de inclusión fueron: padecer EPOC; ingresar en las unidades de neumología o medicina interna de dichos hospitales a consecuencia de la EPOC. Como criterios de exclusión se fijaron: padecer deterioro cognitivo, ingreso superior a 30 días o inferior a 2 días; pacientes ingresados en residencias o con hospitalización domiciliaria al alta; estar incluido en otro estudio; imposibilidad de seguimiento (hipoacusia, sin techo, no manejo de teléfono). Se recogieron las siguientes variables de la historia clínica y mediante entrevista personal durante la estancia hospitalaria y al alta: A) Variables sociodemográficas: edad, género, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, zona vivienda. B) Variables relacionadas con su estado de salud y social: autocuidado, estado cognitivo (Mini-Mental State Examination), nivel de dependencia (Escala de la Cruz Roja y el Índice de Katz), recursos sociales (Escala de Gijón), vivir acompañado. C) Variables relacionadas con la situación de la enfermedad: ingreso (medicina interna o neumología), días de estancia, exitus durante la estancia, enfermedad incapacitante, comorbilidad, índice de gravedad (Apache II), alta hospitalaria reciente, impacto de la enfermedad en la calidad de vida (St. George Respiratory Questionary. SGRQ), tabaquismo, tipo de tratamiento médico, cumplimiento terapéutico.

El procesamiento estadístico se realizó mediante el paquete informático SPSS v.15, determinando frecuencias, porcentajes para las variables cualitativas, y media+desviación estándar para las cuantitativas.

RESULTADOS : Se incluyeron en el estudio un total de 96 pacientes. La edad media fue de 72,7±7,9 años, siendo el 91,7% varones; 47 pacientes (49%) habitaban en áreas urbanas; 51 (53,2%) no tenían estudios y el 99% no se encontraban en situación laboral activa; presentaron una puntuación media en el MMSE de 30,8±3,2; se clasificaban en situación de fragilidad el 72,9%, con una puntuación media en la escala de Gijón de 8,1±2,1. El 71,9% tenían pareja, asumiendo ésta el cuidado principal en 53 (55,2%) pacientes, pese a que los que llevaban a cabo medidas de autocuidado fueron 89 (92,7%).

El 70,8% ingresaron a cargo de medicina interna, siendo la estancia media $9,4 \pm 5,3$ días. Doce pacientes fallecieron durante el ingreso. El 22,9% padece una enfermedad incapacitante, siendo la cardiopatía uno de los principales factores de comorbilidad (51%); el índice de gravedad apache II fue de $18,5 \pm 5,5$; El 50% de los pacientes presentaba un alta hospitalaria reciente en los seis meses previos; 71 pacientes (74%) eran totalmente independientes previamente a su ingreso y 70 (72,9%) continuaba siéndolo tras el alta. La puntuación obtenida en SGRQ fue de $53,2 \pm 18,1$. El 29,2% presentaban un tabaquismo activo, siendo el tiempo medio de hábito tabáquico para todos los pacientes de $43,8 \pm 15$ años, y el tiempo medio de los exfumadores de 15 ± 12 años. Seguían oxigenoterapia domiciliaria 46 pacientes, con una media $16,4 \pm 2,8$ horas diarias, solo 13 (13,5%) tenían ventilación mecánica no invasiva en domicilio; 88 (91,7%) seguía terapia con inhaladores, 64 (66,7%) tenía pautado un inhalador de rescate y 80 (83,3%) siguieron tratamiento con corticoides en domicilio tras el alta. El cumplimiento terapéutico fue del 89,6% (86).

DISCUSIÓN : Nuestros pacientes con EPOC son predominantemente varones de edad avanzada con un elevado porcentaje de comorbilidad, independientes para las actividades de la vida diaria, pero frágiles. Presentan un tratamiento amplio y complejo, con un elevado cumplimiento de la parte farmacológica, pero en menor grado el resto del régimen terapéutico.

La pareja es identificada como el cuidador principal, asumiendo fundamentalmente los cuidados asociados tradicionalmente a su rol como esposa/ama de casa.

(Fragmento del proyecto "Evaluación de la efectividad de la planificación del alta hospitalaria y seguimiento en atención primaria de pacientes con EPOC" financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (PI06/90655))

BIBLIOGRAFÍA:

Ferrer M, Villasante C, Alonso J, Sobradillo V, Gabriel R, Vilagut G et al. (2002). Interpretation of quality of life scores from the St George's Respiratory Questionnaire. *European Respiratory Journal*; 19 (3): 405-13.

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW. Studies of illness in the age: The index of ADL a standard measure of biological and psychological function. *JAMA* 1963; 185: 914-919.

Álvarez M, Alaiz AT, Brun E. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método. *Atención Primaria* 1992; 10: 812-815.

Folstein MF, Folstein S, McHugh PR. "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J psychiatr res* 1975; 12: 189-198.

CD, Controlando el sistema respiratorio. Aldasoro A, Burgos F, Cabarcos R, et al. Separ y AstraZeneca. Barcelona

Hipocampo.org. Actualización 18 de mayo 2007. Escala Cruz Roja. En: Escalas y Test. Disponible en Internet <http://www.hipocampo.org/escalas.asp> [con acceso 22 de marzo 2007].

Márquez C. E, Actualización abril 2004. Métodos de medida del cumplimiento terapéutico. En: Cumplimiento terapéutico en la HTA. Disponible en Internet <http://www.seh.lilhaorg./cumplimien/algorithm1.pdf> [17 de abril de 2007]

Barba M. JM^a, Ferrer P. V, Gea S. A, et al. Fecha desconocida. Escala de Gijón. En: Prevención y detección de violencia en la mujer mayor de 65 años. Disponible en Internet <http://www.insersomayores.csic.es/documentos/documentos/murcia-violenciamujer-01.pdf> [25 de mayo de 2007]

Fundación Alfa-1. Actualización 11 de marzo 2007. Farmacoterapia de la EPOC. En: Enfermedad pulmonar.

AUTOR/ES:

Iniesta Sánchez J; Royo Morales T; Saez Soto A; Carrillo A; Pérez García MC; Rodríguez Mondéjar JJ; Abad Corpa E.

TÍTULO:

Evaluación de conocimientos del régimen terapéutico en el paciente con EPOC a su ingreso y tras el alta.

TEXTO DEL TRABAJO:

OBJETIVO: Conocer la variación del nivel de conocimientos del paciente con EPOC, o del cuidador principal, tras una hospitalización para establecer las líneas de intervención de enfermería necesarias en materia de educación sanitaria para la reintegración del paciente a la comunidad, con un óptimo manejo de su régimen terapéutico.

MÉTODOS: Estudio descriptivo longitudinal prospectivo desarrollado en los HGU Morales Meseguer y Reina Sofía de Murcia, durante el periodo comprendido entre junio de 2007 y abril de 2008. La población estaba constituida por los pacientes ingresados por EPOC en dichos hospitales quedando excluidos los que padecían deterioro cognitivo, ingreso superior a 30 días o inferior a 2 días, pacientes ingresados en residencias o con hospitalización domiciliaria al alta, estar incluido en otro estudio y/o imposibilidad de seguimiento (hipoacusia, sin techo, no manejo de teléfono). Las variables estudiadas fueron: variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, zona de residencia, situación laboral, éxitus...), autocuidado, cuidador principal, deterioro cognitivo (MMSE) y nivel de conocimientos del régimen terapéutico. Este nivel de conocimientos global se evaluó a partir del NOC (1813) "Conocimiento del régimen terapéutico" cuya puntuación se obtenía al realizar la media de la puntuación en los siguientes indicadores: Descripción proceso de enfermedad; Descripción de la dieta prescrita; Descripción de la justificación del régimen terapéutico; Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual; Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para las situaciones de emergencia; Descripción de la medicación prescrita; Descripción de la actividad prescrita; Descripción de los beneficios del tratamiento de la enfermedad. Estos indicadores se midieron mediante una escala Likert de 1 a 5 que se agrupó en ninguno/escaso; moderado; y sustancial/extenso para facilitar el procesamiento estadístico mediante el paquete informático SPSS v15. y los datos fueron obtenidos mediante la valoración de enfermería por patrones funcionales al ingreso del paciente y a las dos semanas tras el alta mediante seguimiento telefónico.

RESULTADOS: Se estudiaron un total de 66 pacientes, de los que 3 fueron éxitus antes de las 2 semanas tras el alta, 61 (92,4%) son varones, siendo la edad media de los pacientes de 72,9±8; 47 (71,2%) tiene pareja, siendo ésta el cuidador principal en 38 (57,6%), pese a que 62 (93,9%) refiere llevar a cabo su autocuidado; 37 (56,5%) de los pacientes incluidos no tienen estudios, y 65 (98,4%) se encuentra en situación de jubilación o inactividad laboral. Los días de estancia media fueron de 8,9±4,9; y la puntuación obtenida en el MMSE fue de 30,7±3,4. La mejora neta en la evaluación de conocimientos global a las 2 semanas tras el alta fue de 8 pacientes (12,7%; p=,112); 3 (4,7%) empeoraron su puntuación y el resto se mantuvo. Para cada uno de los indicadores fue: Descripción proceso de enfermedad: 6 (9,5%; p=,172) empeorando 4(6,3%); Descripción de la dieta prescrita 5 (7,9%; p= ,261) empeorando 3 (4,7%); Descripción de la justificación del régimen terapéutico 5 (7,9%; p= ,214) empeoraron 5(7,9%); Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual 7 (11,1%; p=,029) empeoran 1(1,5%); Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para las situaciones de emergencia 5 (7,9%; p= ,515) empeoraron 4(6,3%) ; Descripción de la medicación prescrita 2 (3,2%; p=,284) empeoran 4(6,3%); Descripción de la actividad prescrita 3 (4,7%; p=,129) empeoraron 5(7,9%); Descripción de los beneficios del tratamiento de la enfermedad 3 (4,7%; p=,801) se produce un empeoramiento de 7(11,1%) pacientes.

DISCUSIÓN: El hecho de estar hospitalizado no comporta un incremento del nivel de conocimientos del paciente respecto a su régimen terapéutico, puesto que no se realizan intervenciones específicas a tal fin.

El paciente asume las responsabilidades del tratamiento farmacológico, aunque desconoce su aplicación práctica.

El usuario desconoce la justificación y beneficios esperados del tratamiento.

Los cuidados relacionados con la dieta, e higiene suelen ser delegados en el cuidador principal que suele ser mujer.

Sería necesario establecer un plan de intervenciones de enfermería (NIC) encaminadas a conseguir mejorar los indicadores y NOC marcado para un mejor manejo del régimen terapéutico por parte del paciente y cuidador.

(Fragmento del proyecto "Evaluación de la efectividad de la planificación del alta hospitalaria y seguimiento en atención primaria de pacientes con EPOC" financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (PI06/9655))

BIBLIOGRAFÍA:

1. Marjory G, Patrón percepción-manejo de la salud. Manual de diagnósticos enfermeros. 10 ed. Madrid ; Elsevier s.a., 2006. p. 71-74.
 2. McCloskey DJ, Bulechek MG. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª ed. Madrid; Elsevier España, s.a 2006.
 3. Morhead S, Johnson M, Maas M . Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier España, s.a; 2006.
 4. McCloskey DJ, Maas M, Morhead S., Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Madrid: Ediciones Harcourt, s.a; 2002
 5. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW. Studies of illness in the age: The index of ADL a standared measure of biological and psychological function. JAMA 1963; 185: 914-919.
 6. Folstein MF, Folstein S, McHucgh PR. "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J psychiatr res 1975; 12: 189-198
 7. Nazarko L Strategic management for the elderly care. Nursing Management 1998;5(2):6-8.
 8. Vidal C, Cifuentes E, Aranda C, Alcázar J Informe de enfermería al alta hospitalaria. Enfermería Clínica 1999;9(2): 49-54.
 9. Merchán F et al. Alta de enfermería. Enfermería Cientifica 1997;180-181:28-30.
 10. Shepper S, Parkes J, McClaren J, Philips C. Planificación del alta del hospital al domicilio (Revisión Cochrane traducida) En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2207 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en en <http://www.update-software.com> (traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 1. Chichesser, Uk: John Wiley & Sons, Ltd).
- Fecha de la modificación más reciente: 10 de noviembre de 2003.
Fecha de la modificación significativa más reciente: 25 de septiembre de 2003.
11. Farren E. E€ects of early discharge planning on length of hospital stay. Nursing Ec 1991; 9: 25±30.
Stewart S, Marley John E, Horowitz John d. Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on planned readmissions and survival among patients with chronic congestive

AUTOR/ES:

Gorís-Pereiras A, González-Formoso C, Otero-Baamonde M, Vázquez-Gallardo R, Pena-Graña A, Pazos-Lamoso R, Anibarro-García L, Fernández-Villar A.

TÍTULO:

EVENTOS ADVERSOS EN DOS UNIDADES DE TUBERCULOSIS.

TEXTO DEL TRABAJO:

Desde la aparición en los últimos 8 años de informes en los países anglosajones sobre la magnitud y las causas de los eventos adversos (EA) relacionados con la atención sanitaria (1) ha habido un mayor reconocimiento del problema, incorporando objetivos de seguridad a los planes estratégicos de mejora de las organizaciones sanitarias y potenciando la investigación sobre esta materia.

Aunque ha existido una clara preocupación por los efectos negativos que puede ocasionar la atención sanitaria, desde la aparición en 1999 del informe del Institute of Medicine (IOM) "To err is human" (2), el tema de la seguridad de los pacientes ha captado a nivel internacional la atención de los proveedores de atención sanitaria y de los responsables políticos.

Uno de los estudios en los que se basó el informe fue el realizado en Harvard (3) en los años 80, en el que se concluyó que casi un 4% de pacientes sufre algún daño durante su ingreso hospitalario, de los que el 70% provocó daño temporal y el 14% acabó en muerte para el paciente. El informe del IOM estimó que entre 44.000-98.000 personas mueren cada año en los hospitales como resultado de los EA, cifras que superan la mortalidad en los accidentes de tráfico, el cáncer de mama o el SIDA. El Departamento de Salud de Reino Unido, en su informe del año 2000, "An organization with a memory", estimó que se producen EA en cerca del 10% de las hospitalizaciones (4). Sin embargo, en Australia la tasa de EA encontrados fue del 16.6% entre los pacientes ingresados (5).

El coste de estos acontecimientos es muy elevado, a lo que se suma el desgaste que se produce en la confianza, la seguridad y la satisfacción de los pacientes.

La gran mayoría de los eventos adversos se producen en los hospitales, ya que la población está sometida a un mayor riesgo asociado a la atención hospitalaria (6,7), pero ello no excluye que se puedan producir en otros ámbitos de la atención sanitaria, como Atención Primaria (AP)(8,9) (pendiente de publicación el ENEAS II-Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria), atención sociosanitaria, oficinas de farmacia y el propio domicilio del paciente.

Teniendo en cuenta el estado actual del tema creemos que sería de gran interés valorar los EA en un servicio especial como el de las Unidades de Tuberculosis (UTB).

1- OBJETIVOS:

- General: Conocer el alcance de los EA en las UTB, con la finalidad de diseñar estrategias que faciliten su minimización.
- Específicos: Identificar los EA que se deriven de la asistencia en las UTB de la provincia de Pontevedra y estimar su frecuencia, analizar los factores que contribuyen a la aparición de EA, conocer el grado de evitabilidad de los mismos e incorporar a la agenda de los equipos de las UTB objetivos y actividades encaminadas a la mejora de la seguridad del paciente.

2- MÉTODO:

Estudio observacional, descriptivo transversal.

Hipótesis: Los sucesos adversos pueden alcanzar a un 3% de las personas atendidas en las UTB, y al menos un 40% de ellos podrían ser evitados.

En noviembre-diciembre de 2007 se formó al personal participante de las dos UTB de la provincia de Pontevedra en la identificación y registro de EA. Se incluyeron todos los pacientes que acudieron, por cualquier motivo, a las UTB durante febrero y marzo de 2008 (se registraron 4 semanas). Cada vez que los médicos o enfermeras identificaron un EA rellenaron un formulario (adaptación del utilizado en el estudio sobre Seguridad del Paciente en AP-ENEAS II).

Se analizaron los datos identificando los EA más frecuentes, según su gravedad y evitabilidad; para ello se contó con la aplicación informática utilizada en el ENEAS II (Base de Datos SVCEA AP 1.0).

Variables resultado:

- Efecto adverso: Todo accidente imprevisto e inesperado identificado en el momento de la consulta que ha causado lesión y/o incapacidad, que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente. Para determinar que el suceso adverso se debe a la asistencia, los revisores puntuaron en una escala de 6 puntos (1=no evidencia o pequeña evidencia; 6=evidencia prácticamente segura) el grado de confianza que tienen de que el EA pueda ser debido a la asistencia sanitaria y no al proceso patológico. Se consideró como positivo un punto de corte ≥ 2 .
- Efecto adverso evitable: Para determinar que el suceso adverso es evitable los revisores puntuaron en una escala de 6 puntos (1=no evidencia o pequeña evidencia; 6=evidencia prácticamente segura) el grado de confianza que tienen de que el EA pueda ser evitable. Se consideró como positivo un punto de corte ≥ 4 .
- Incidente: Suceso aleatorio imprevisto e inesperado que no produce daño al paciente.
- Definimos suceso o evento adverso (EA) como el conjunto de incidentes y efectos adversos.

Variables ligadas al sujeto: Edad, sexo y factores de riesgo.

Limitaciones: Tanto la gravedad como la evitabilidad de los EA exigen juicios de valor de los propios sanitarios que en algunos casos incluso están implicados en el EA.

Análisis estadístico: Los resultados globales se expresaron como porcentajes y frecuencias absolutas para las variables cualitativas y como media \pm desviación estándar para las numéricas. La comparación de las variables discretas se llevó a cabo mediante la prueba del ji cuadrado con la corrección para la continuidad de Yates o el test exacto de Fisher cuando alguno de los valores esperados era menor de 5. Cuando fue necesario se empleó la prueba del ji cuadrado para valorar tendencias. Paquete estadístico SPSS 11.0.

3- RESULTADOS:

En el período de estudio se atendieron un total de 1.697 consultas, con una media de 31 consultas/día para el personal de enfermería y de 14 para el médico. La media de edad de los pacientes fue de 38 años (DE=16,1). El 49% de los EA fueron recogidos por personal médico y el 51% por enfermería. El origen del EA se produjo en el 58,8% de los casos en las UTB, el 23,5% en AP, el 15,7% en el hospital y el 2% en oficinas de farmacia. La prevalencia del EA fue del 3% (1,4% incidentes y 1,6% efectos adversos). La causa más frecuente de los EA fueron los errores relacionados con la comunicación, que se presentan en el 49% de los casos, le siguen los relacionados con el diagnóstico (23,5%), con la medicación (23,5%), con la gestión (21,6%) y con los cuidados del paciente (21,6%). En el 100% de los casos el personal opina que el suceso está causado por la asistencia sanitaria en mayor o menor medida. En el 47,1% de los casos la atención sanitaria no se vió afectada. El 84,3% de los casos eran claramente evitables. El impacto del EA sobre el paciente fue leve en el 70,6%, moderado en el 23,5% y ninguno grave. La influencia del origen del EA sobre la gravedad del impacto en el paciente resultó significativa ($p < 0,03$), siendo éste ausente o leve en un porcentaje mayor en las UTB, hospital y farmacia, con respecto a AP, en donde resultó más frecuente el EA moderado.

4- DISCUSIÓN:

Se ha cumplido la hipótesis en cuanto al porcentaje del alcance de los EA en los pacientes de las UTB. El personal es estricto al opinar que se podría haber evitado un porcentaje bastante mayor al propuesto en la hipótesis, porcentaje que es lógico si tenemos en cuenta que los participantes opinaron que el 100% de los EA fueron debidos, en mayor o menor medida, a la asistencia sanitaria. La mayoría tuvieron un impacto leve y no hubo ninguno grave, lo que indica que la práctica sanitaria en las UTB es segura. Aumentando la cultura sobre seguridad del paciente y aplicando sencillas estrategias preventivas encaminadas a mejorar los errores más frecuentes, se podrían minimizar estos sucesos.

Cuando se produce un error humano o un fallo del sistema, no se debe tratar de buscar quien intervino en el mismo para encontrar un culpable, sino que lo realmente efectivo es analizarlo para identificar cómo y por qué se ha producido(10). Es decir, interesa conocer qué, cómo y dónde ocurrió el error/fallo y comprender por qué, para adoptar acciones que eviten que vuelva a ocurrir(11). Por lo tanto, el primer objetivo de un sistema de declaración de efectos adversos debe ser aprender de la experiencia(12).

BIBLIOGRAFÍA:

1. Bañeres J, Cavero E, López L, Orrego C, Suñol R. Sistemas de Registro y Notificación de Incidentes y Eventos Adversos. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS eds. To err is human: building a safer health system. Washinton, DC: Natinal Academy Press, 2000.
3. Leape LL, Brennan TA, Laird N, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med 1991; 324:377-84.
4. Department of Health. An Organization with a memory. The Stationery Office. London 2000.
5. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. Med J Aust 1995; 163:899-458-76.
6. Aranaz JM, Aibar C, Gea MT, León MT. Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. Med Clín (Barc) 2004; 123(1): 21-5.
7. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional sobre Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2006. Depósito legal: M.19200-2006.
8. Borrel F, Páez C, Suñol R, Orrego C, Gil N, Martí M. Errores clínicos y eventos adversos: percepción de los médicos de Atención Primaria. Aten Primaria 2006; 38(1): 25-32.
9. Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
10. Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320: 768-70.
11. Otero MJ. Errores de medicación y gestión de riesgos. Rev Esp Salud Pública 2003; 77:527-40.
12. Leape LL. Reporting of Adverse Events. N Engl J Med 2002; 347:1633-38.

AUTOR/ES:

Moya B, Beltran R, García JA, López MT, Gomariz J, Cobacho P.

TÍTULO:

Síndrome Confusional Agudo en ancianos hospitalizados en una unidad de Medicina Interna. Incidencia y posibles factores relacionados.

TEXTO DEL TRABAJO:

En el entorno de una unidad de hospitalización de Medicina Interna no es extraño observar en pacientes ancianos cambios en su comportamiento, de inicio brusco y caracterizados por la desorientación témporo-espacial de mayor o menor intensidad. Esta nueva situación que la NANDA etiqueta como "confusión aguda", influye negativamente en el paciente, en su entorno más cercano y en el personal sanitario. Se trata de un proceso de alteración en la conducta, conciencia, memoria, orientación, lenguaje y demás atributos cognitivos, se identifica según los criterios diagnósticos del DSM-IV y del CIE-10 y se conoce como Síndrome Confusional Agudo (SCA) o delirio.

Por otro lado, la consideración bastante generalizada entre el personal sanitario, de ser un fenómeno inevitable para la mayoría de los ancianos hospitalizados no deja de ser frustrante. Ante esta situación y tras una revisión bibliográfica que confirma que el SCA es una complicación real y poco tenida en cuenta, que agrava el pronóstico de los pacientes que lo sufren, dejando secuelas a medio y largo plazo e incluso de por vida, se realiza un trabajo de investigación con los siguientes objetivos:

- General: conocer la incidencia del síndrome confusional agudo en la unidad de Medicina Interna.
- Específico: determinar la posible relación entre la aparición del sca y la disminución del nivel de autonomía del paciente, el acompañamiento y los elementos de disconfort, factores todos ellos referidos en la literatura revisada.

MÉTODO

Se diseñó un estudio descriptivo-observacional en el que la población la conformaron todos los mayores de 75 años ingresados directamente en la unidad de medicina interna en la que trabajaban los componentes del grupo. Quedaron excluidos los pacientes que fueran trasladados desde otra unidad o centro, los oncológicos con pauta de sedación, aquellos que no hablaran español o tuviesen algún déficit sensorial grave que dificultase la comunicación (sordera o ceguera), los que ya tuvieran diagnosticada una enfermedad neurológica crónica y por último los que presentaran en el momento del ingreso signos del cuadro confusional.

Se calculó un tamaño muestral de 138 pacientes y se recogieron 144 en total, desde Octubre de 2006 hasta Enero de 2008. Fueron elegidos de forma consecutiva y valorados a partir del tercer día de ingreso en la unidad, por el miembro del equipo que estuviera presente. Para la obtención de datos se utilizó como fuente principal el propio paciente, en segundo lugar su acompañante y por último la historia clínica, todo ello con su consentimiento informado. Se recogieron 19 variables entre las que se incluyeron datos sociodemográficos, antecedentes médicos en forma de enfermedades crónicas y polimedicación, se valoró el nivel de autonomía para las actividades de la vida diaria mediante el índice de Barthel la semana previa al ingreso y en el ingreso, y por último se registraron aspectos relacionados directamente con la hospitalización y que pudieran tener relación con el cuadro confusional como eran la presencia de un cuidador y los que llamamos elementos de disconfort que incluían los dispositivos de sueroterapia, oxigenoterapia (gafas de oxígeno y mascarillas), sondajes nasogástricos y vesicales y el pañal de incontinencia.

Para valorar la aparición del Síndrome Confusional Agudo se utilizó la escala CAM (Confusión Assesment Method). Una vez presente, se registrarían efectos adversos, si los hubiera, en este caso las caídas y la extracción de catéteres.

Al tratarse de una investigación descriptiva-observacional, no experimental, se cuidó la no revelación de datos de los individuos que entraron en la muestra. Asimismo, el trabajo fue supervisado por el Comité de Ética e Investigación del hospital donde se realizó. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS 15.0.

RESULTADOS

El porcentaje de hombres y mujeres fue del 50% respectivamente, con una media de edad de 81.4 años. Estuvieron hospitalizados una media de 14 días. Respecto a las enfermedades crónicas, se encontraron un 67% de hipertensos, 55% con problemas cardiacos, 41.5% diabéticos, 29% diagnosticados de EPOC y un 10.6% con neoplasias. El 89.2% se polimedica es decir tomaba 3 ó mas medicamentos diariamente. Estuvieron acompañados de forma continua en un 73% de los pacientes, a veces el 10.5% de ellos y nunca el 16.5% restante. La variable dependiente que nos interesaba, el Síndrome Confusional, presentó una incidencia del 5% (7 pacientes desarrollaron un delirium).

De las diferencias encontradas estadísticamente significativas, el sexo rozó la significación con mayor aparición de síndrome en mujeres (6 mujeres frente a un hombre $p=0,052$ con chi-cuadrado). La autonomía para la vida diaria (índice de Barthel) obtuvo peores puntuaciones previas y al ingreso en los que manifestaron SCA ($p=0,027$ y $0,018$ respectivamente con Mann-Whitney). Ser diabético se reveló significativo ($p=0,015$ con chi-cuadrado).

La toma de ansiolíticos se mostró totalmente significativa ($p=0,006$ con chi cuadrado).

Respecto a los elementos de disconfort: sueroterapia y oxigenoterapia parecieron significativos ($p=0,016$ y $0,036$ con chi cuadrado) aunque las frecuencias esperadas fueron inferiores a 5 y se precisaría un aumento de la muestra para confirmar este dato; llevar pañal y sondaje vesical resultaron elementos completamente significativos ($p=0,005$ y $0,004$ con chi cuadrado).

DISCUSIÓN

La incidencia de SCA (5%) nos determina la magnitud real del fenómeno. La cifra se encuentra cerca de los límites bajos de diversos estudios entre ellos una de las última revisiones sistemáticas publicadas(2006)(1) y esto puede radicar en el hecho de que se haya observado la incidencia del mismo y no la prevalencia, con el fin de distinguir mejor los factores asociados a su aparición y alejarlos de los de confusión. Por otro lado la diversidad de datos publicados en torno a la epidemiología de este problema de salud está en relación con la muestra y su contexto, de tal forma que la incidencia varía si se trata de una unidad de traumatología, un hospital geriátrico una unidad de medicina interna.

Los factores relevantes en este estudio son:

- la disminución del nivel de autonomía
- el acompañamiento,
- los elementos de disconfort.

Respecto a las diferencias obtenidas para el índice de Barthel (previo y al ingreso), coincidimos con otras investigaciones entre ellas la de los españoles Selva, Formiga y Ruiz(2) donde un bajo índice se relaciona con la aparición de delirio. Estos hallazgos refuerzan la importancia que tienen dentro de otros niveles asistenciales los programas de atención al anciano cuyo objetivo es promover su autonomía.

En cuanto a la variable "acompañamiento", a pesar de no ser significativa, posiblemente relacionado con la baja incidencia obtenida, pensamos que sería interesante observarla desde una perspectiva cualitativa.

En relación a los elementos de disconfort (oxígeno terapia, sueroterapia, pañal y sondaje vesical) que en este trabajo muestran su relevancia, coincide con otros que señalan la incontinencia urinaria y fecal como elementos significativos en la aparición del delirio(3,4) y por supuesto con Inouye que ya en 1996 considera el catéter urinario como factor relacionado con el delirio(5).

(6) A pesar de que la toma de ansiolíticos durante la estancia hospitalaria resulta claramente significativa, en la actualidad no se conoce el mecanismo de acción exacto por el cual el consumo de estos psicofármacos interviene en la aparición del sca aunque cada vez son más los estudios que recogen esta conclusión (7, 8).

Tras ésta investigación y a la luz del riguroso trabajo de evaluación de literatura científica en prevención y tratamiento del delirio agudo de Michaud L et al, se entiende que la aplicación práctica en este hospital debe comenzar por: la planificación de sesiones formativas al personal de los servicios de pacientes con perfil de riesgo para mejorar la alerta y manejo de dicho estatus; y evaluación de la repercusión de las mismas.

APORTACIONES

El hecho de detectar a los pacientes de riesgo nos permitiría intervenir de forma temprana con el objeto de evitar la aparición de un proceso que está asociado a importantes efectos adversos ampliamente descritos en la literatura entre los que se encuentran el alargamiento de la estancia hospitalaria, la institucionalización al alta y el aumento de la mortalidad.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Siddiqi N, House AO, Holmes JD. Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review. *Age Ageing*2006 Jul;35(4):350-64.
2. Formiga F, San Jose A, Lopez-Soto A, Ruiz D, Urrutia A, Duaso E. [Prevalence of delirium in patients admitted because of medical conditions]. *Med Clin (Barc)*2007 Oct 27;129(15):571-3.
3. Voyer P, Cole MG, McCusker J, Belzile E. Characteristics of institutionalized older patients with delirium newly admitted to an acute care hospital. *Clinical Effectiveness in Nursing*2005 Mar-Jun;9(1-2):13-25.
4. Wakefield BJ. Behaviors and outcomes of acute confusion in hospitalized patients. *Appl Nurs Res*2002 Nov;15(4):209-16.
5. Inouye SK, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *JAMA*1996 Mar 20;275(11):852-7.
6. Milisen K, Lemiengre J, Braes T, Foreman MD. Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people: systematic review. *J Adv Nurs*2005 Oct;52(1):79-90.
7. McAvay GJ, Van Ness PH, Bogardus ST, Jr., Zhang Y, Leslie DL, Leo-Summers LS, et al. Depressive symptoms and the risk of incident delirium in older hospitalized adults. *J Am Geriatr Soc*2007 May;55(5):684-91.
8. Pandharipande P, Shintani A, Peterson J, Pun BT, Wilkinson GR, Dittus RS, et al. Lorazepam is an independent risk factor for transitioning to delirium in intensive care unit patients. *Anesthesiology*2006 Jan;104(1):21-6.
9. Michaud L et al. Delirium: Guidelines for general hospitals. *Journal of Psychosomatic Research*2007; 62:371– 383

AUTOR/ES:

Marta Durán Escribano.
Profesora Titular del Departamento de Enfermería
Universidad de Alcalá (Madrid)

TÍTULO:

REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LOS ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN ESPAÑA.

TEXTO DEL TRABAJO:**ANTECEDENTES.**

En la cultura occidental el concepto de cuidado paliativo se interpreta como la respuesta a la necesidad humana y social de bien morir, que comprende la búsqueda del bienestar y de la paz y el sosiego que requiere la persona enferma y su familia cuando acontece una situación de enfermedad incurable y ante la muerte. El concepto de cuidado paliativo surge después de la Segunda Guerra Mundial, como consecuencia del desarrollo científico y tecnológico aplicado a la biomedicina y la constatación del límite del tratamiento médico para curar enfermedades en los estadios de terminalidad de la vida, así, para la medicina actual, el cuidado paliativo es la alternativa de atención integral al paciente y su familia cuando los medios de la curación no alcanzan a resolver las necesidades de salud de un paciente, bien por la cronificación de una enfermedad incurable o, bien por estar en situación de muerte inminente.

La literatura actual identifica el cuidado paliativo con las dimensiones siguientes;

- Mejorar la calidad de vida de los pacientes y su familia.
- Controlar el dolor y sus síntomas.
- Afirmar la vida y aceptar la muerte como un proceso natural.
- Incorporar los aspectos psicológicos y espirituales en el cuidado del paciente incurable.
- Apoyar a la familia durante la enfermedad y el duelo (1) .

Son muchas y diversas las maneras de comprender e interpretar la muerte como fenómeno cultural determinado por la multiplicidad de creencias religiosas y mitos que tradicionalmente conlleva, pero la tendencia generalizada hoy, pasa por vivirla como un hecho natural en la continuidad de la vida, entendiendo el final de la vida como consecuencia de un acontecer de normalidad. En la práctica de la medicina actual, los cuidados paliativos han adquirido un espacio primordial en todas las especialidades de atención médica y de enfermería, así como de tantos otros profesionales, con el fin de promover al máximo las capacidades para atender de manera óptima las situaciones complejas que afronta el paciente incurable en fase avanzada y el entorno de la familia que le asiste.

Este nuevo modelo de atención surge, a partir de la filosofía del Movimiento Hospice que nace en el Reino Unido a partir de la iniciativa creada por Cicely Saunders, quien define los cuidados paliativos de la manera siguiente: “Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales cobran la mayor importancia. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal. Los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia”(2) .

El proceso de internacionalización vendrá posteriormente, a partir de la primera definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1999), que describe el término de cuidado-paliativo de la siguiente manera; “El cuidado integral de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo. El control del dolor y otros síntomas y de los problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial. La meta de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para los pacientes y sus familias”(3) .

La OMS, interpreta la situación de “dolor total” como la evidencia del fracaso del tratamiento médico para curar la enfermedad y, desde éste sentido se contempla la incapacidad de la medicina para verificar con certeza la curación de tal enfermedad. Con ello se asume por “medicina paliativa” la aplicación de nuevas terapias que complementan el tratamiento principal del diagnóstico médico cuando la medicina ya nada puede hacer, y con ello se promueve el reajuste del paciente y su familia a una nueva realidad para lograr el mejor afrontamiento posible a la situación de enfermedad terminal. El término “palia” significa lienzo que cubre objetos sagrados (4). Así cuando se aplica el término paliar a acciones del cuidado de otros, retoma el significado religioso que ha impregnado nuestra cultura en general y de forma particular la manera de vivir e interpretar la muerte, cuestión que habrá de ser revisado desde la pluralidad de valores y creencias como consecuencia de las libertades humanas, religiosas y sociales alcanzadas.

Las demanda actual en los servicios de salud, proviene de las personas con enfermedad crónica avanzada y en estadio terminal, implicando a la totalidad de los niveles y estructuras del sistema sanitario. El 25% de todas las hospitalizaciones corresponden a enfermos en su último año de vida lo que da lugar a costes asistenciales muy elevados (5). La mayor parte de los enfermos en España, aproximadamente hasta un 80% mueren en los hospitales y el resto, son atendidos por la medicina de familia que sigue al enfermo tras el alta hospitalaria. Las prioridades de atención a la salud y de servicios percibidas por estos pacientes son; “tener los síntomas aliviados, sensación de control en la toma de decisiones, no ser una carga y estrechar los lazos con sus seres queridos”(6) por ello, el sistema de salud habrá de responder con criterios de calidad y eficiencia a las demandas y necesidades de las personas en el final de la vida y el cuidado de sus familias, promoviendo políticas de salud y programas de atención integral que garanticen su dignidad.

La evolución de los cuidados paliativos en España, ha supuesto cierto retraso en el desarrollo de la atención de los pacientes necesitados de éstos cuidados, respecto a otros países de nuestro entorno evidenciándose en el escaso número de unidades que se fueron implantando desde las primeras experiencias en Europa y América, así como la falta de referencia de hospitales específicos para atender a estos pacientes (7). Probablemente, añade Centeno, “se deba a las diferencias culturales que hacen a veces inviable este modelo de atención” (8). De los trabajos de diferentes autores, se desprende la diversidad que ha existido en la implantación de los cuidados paliativos en las diferentes Comunidades Autónomas, en nuestro país. Hoy podemos decir que es Cataluña la Comunidad más avanzada aunque no haya sido la pionera en España (9).

Por otra parte, el desarrollo de la bioética en España, ha alcanzado un nivel de extensión en la cultura profesional y en las organizaciones sanitarias que puede ser considerada un referente para Europa y América Latina (10). Con ello, este trabajo trata de revisar de forma sistemática los orígenes de los cuidados paliativos y la cultura entorno a la muerte en nuestro país, pudiendo avanzar que contrasta conocer cómo la cultura del cuidado promovida desde el conocimiento enfermero, comienza a hacerse extensiva en el modelo de cuidados paliativos. Si la filosofía del cuidado holístico e integral comienza a abrirse camino en la cultura sanitaria, observamos la ausencia de la aportación enfermera en estas investigaciones que se instalan bajo el amparo de la Asociación Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) desde la promoción de la profesión médica.

1.- Objetivo.- Conocer la historia y la definición de términos que identifican los antecedentes de la cultura y la práctica de los cuidados paliativos en España.

2.- Tipo de estudio. Estudio descriptivo a partir del análisis documental y publicaciones científicas relacionadas con los cuidados paliativos en España.

3.- Método:

3.1.- Búsqueda sistémica para la obtención de información y documentación bibliográfica.

- Acceso a libros representativos de la historia de los cuidados paliativos.
- Acceso a libros sobre bioética y ética en cuidados paliativos.
- Búsqueda secundaria de bibliografía con el fin de aumentar las fuentes de estudio.
- Búsqueda de otras fuentes bibliográficas en Bases de Datos.

3.2.- Desarrollo de síntesis a partir de las revisiones documentales.

3.3.- Elaboración de conclusiones.

4.- Resultados.

4.1.- Las fuentes de datos más utilizadas han sido los libros y documentos históricos, así como la documentación recopilada por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). No se encuentran documentos históricos de base documental enfermera en España.

4.2.- En relación con la búsqueda bibliográfica en Bases de Datos de CCSS (Mesk / Desk / Cinhal / Medline / Scielo) son escasos los documentos que hacen referencia a la historia de los cuidados paliativos. Se han encontrado tan solo dos artículos en la Base de Datos SCIELO

4.3.- La evolución histórica de la cultura del morir proviene de la cultura clásica, hasta nuestros días y en ello, alguno de términos que se han utilizado en relación con la cultura de la muerte, están relacionados con el suicidio y la eutanasia, conceptos éstos que no deben interferir en el planteamiento de los cuidados paliativos descritos desde una nueva filosofía, como alternativa a la limitación de la curación de las enfermedades, consecuencia de la evolución científica y tecnológica aplicada a la medicina.

4.5.- El Movimiento Hospice en el Reino Unido, promovido por Cicely Saunders ha sido el precursor del concepto actual de los cuidados paliativos en Europa y América.

5.- Discusión. La filosofía de cuidados paliativos, como se promueve desde las nuevas corrientes del Movimiento Hospice, viene a significar para la atención enfermera, el desarrollo de la cultura de cuidados que identifica el metaparadigma actual de los modelos y teorías enfermeras, aceptadas por la comunidad científica.

Este nuevo movimiento filosófico desde la medicina, plantea para la enfermería la necesidad de investigar y hacer difusión científica de la filosofía y práctica de la enfermería. Un hecho relevante es, que la promotora del Movimiento Hospice, la Dra. Cicely Saunders (1916-2005), ha sido enfermera en su primera titulación y ejercicio profesional, estudiando posteriormente, Trabajo Social y Medicina, situación que le ha permitido influir en las políticas sanitarias a partir de sus investigaciones y conferencias impartidas.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1 Guía de Cuidados Paliativos. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1995.
- 2 Saunders C. Care of patient suffering from Terminal illness at St. Joseph's Hospice. Hackney, London: Nursing Mirror, 1964.
- Saunders CM. Cuidados de la enfermedad maligna terminal. Salvat Editores, 1980.
- 3 OMS. Alivio de los síntomas en el enfermo terminal. Ginebra, 1999.
- 4 Voz "paliar". Diccionario de la Real Academia de la lengua Española (DRAE), Diccionario de María Moliner, de uso del español. Tomo II. Madrid, 1991
- Voz "paliar". Diccionario ideológico de la lengua española de Julio Casares, de la Real Academia Española. Ed. Gustavo Gili S.A. Barcelona 1979
- 5 OMS. Cancer Pain relief and Palliative Care. Geneva: WHO. 1990.
- 6 Gomez Sancho M., Ojeda Martín M., et al. Cuidados Paliativos. Control de Síntomas. Madrid, Asta Médica 1999.
- 7 Higginsson IJ. Evidence based palliative care. BMJ. 1999;319:462-3. Citado en: Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Madrid, 2007. p.19.
- 8 Centeno Cortés C. Vega Gutierrez J. López Lara Martín F. Martínez Baza P. El Movimiento Hospice. Cuidados Paliativos en situación Terminal. Clínica 5 (1993) 91-104.
- 9 Singer PA. Martín DK. Kelner MK. Quality end-of-life care. Patients' perspectives. JAMA 1999;281(2). 163-8. Citado en: Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Madrid, 2007. p.19.
- 10 Centeno Cortés C. Vega Gutierrez J. López Lara Martín F. Martínez Baza P. El Movimiento Hospice. Cuidados Paliativos en situación terminal. Clínica 5 (1993) 91-104.
- Sanz Ortiz J.; Gómez Bastide X.; Gómez Sancho M.; Nuñez Olarte JM.; Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SEPCAL). Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1993.
- García García Jesús. El movimiento Hospice y los Cuidados paliativos. En: López Imedio E. Enfermería en Cuidados paliativos. Ed. Panamericana, Madrid 2004.

Sesión plenaria / Plenary Session:

Eliminando las barreras del conocimiento Eliminating borders of knowledge

AUTHOR/S:

Alison Kitson

TITLE:

Beyond Professional Boundaries: The Impact of Professional Boundaries on Implementing Evidence into Practice

TEXT:

This paper examines the current evidence around barriers to effective implementation of evidence into practice (1), concentrating on the boundaries between professional groups (2). It begins by exploring why there is a growing interest in boundary management and how research into the management of innovations and knowledge management in general can help us understand how evidence is spread within healthcare(3)

Drawing on the work of Ferlie et al (2), Dopson and Fitzgerald (4), and Nutley et al(5), the paper will go on to describe the main findings from multiple evaluation studies that describe how relationships between professionals within groups and between groups can impede or enhance the introduction of evidence into practice.

From this empirical work a number of themes are generated, which are tested against current findings from a study looking at the introduction of evidence based practice in one acute care setting in South Australia (6).

A conceptual framework developed by Paul Carlile (7) is used as one possible heuristic to offer explanations of what is happening in practice and how to construct a number of theory based questions or hypotheses that could be tested in the future.

1. National Institute for Health and Clinical Excellence. How to change practice. Understand, identify and overcome barriers to change. London: National Institute for Health and Clinical Excellence 2007
2. Ferlie E, Fitzgerald L, Wood M, Hawkins C. The nonspread of innovations: the mediating role of professionals. *Academy of Management Journal*, 2005 48;(1), 117-134
3. Van de Ven A, Polley D, Garud R, Venkataraman S. *The Innovation Journey*. Oxford: Oxford University Press 1999.
4. Dopson S, Fitzgerald L. *Editors Knowledge to Action? Evidence-based health care in context*. Oxford: Oxford University Press 2006.
5. Nutley SM, Walter I, Davies HTO. *Using Evidence. How research can inform public services*. Bristol: The Polity Press 2007
6. Kitson AL, Marconi D, Page T, Wiechula R, Zeitz K, Silverston H. *Using Knowledge Translation to transform the fundamentals of care: A description of The Older Person and Improving Care Project (TOPIC7) Green College Monograph Series (forthcoming)*
7. Carlile PR. Transferring, translating and transforming: An integrative framework for managing knowledge across boundaries. *Organisational Science*, 15(5);555-68

Mesa de comunicaciones 16 / Concurrent session 16: Cuidados crónicos / Chronic care

AUTOR/ES:

Hinojosa Castillo, Julián. López Palomo, María Isabel. Rubí Jiménez, Antonio. Díaz González, Juan José. Cabrerizo Comitre, Enrique. Pérez González, Rita.

TÍTULO:

Efecto de una estimulación perceptiva visual precoz realizada por familiares de pacientes con ictus y afasia.

TEXTO DEL TRABAJO:

Los problemas perceptivos asociados al ictus agudo son invisibles para la familia y para el equipo sanitario[1], no son evaluados, ni tratados de manera precoz[2],[3]. Problemas de la percepción visual como las hemianopsias por pérdida de parte del campo visual, déficit visuoespaciales en lesiones del hemisferio cerebral derecho (heminegligencia) o fallos en el reconocimiento visual de objetos en los afásicos por lesiones en el hemisferio cerebral izquierdo, deben ser detectados para mejorar la seguridad de los pacientes[4],[5]. Los familiares no reconocen las consecuencias de estos problemas hasta que no llegan a casa tras el alta, momento en el que los déficit perceptivos se suelen manifestar, debido a los riesgos ambientales del hogar, generando en los familiares temor a accidentes y caídas [6]. La prevención de caídas tanto en el medio hospitalario como en casa requiere la valoración y tratamiento precoz de estos déficit perceptivos, así como la implicación de la familia como agente activo de la recuperación y de la prevención de riesgos tras el ictus[7],[8]. Presentamos una intervención llevada a cabo por la familia sobre pacientes con afasia por ictus para mejorar la percepción y el reconocimiento visual de objetos.

Objetivos

- Desarrollar e implementar una intervención perceptiva visual precoz en afásicos por ictus agudo.
- Evaluar el impacto de esta estimulación llevada a cabo por los cuidadores, en la percepción visual (constancia de objeto) y en el reconocimiento o asociación funcional de objetos cotidianos.
- Informar a los cuidadores sobre los déficit perceptivos y sensoriales, sobre los riesgos de accidentes y caídas en el ictus durante el periodo hospitalario y en los primeros días tras el alta.
- Identificar los déficit perceptivos y de reconocimiento visual de objetos de los afásicos tras el ictus.

Método

Ambito: unidad hospitalaria de media estancia de Medicina Interna y Rehabilitación, con 22 camas del Hospital Marítimo de Torremolinos. Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. Después del ingreso en Urgencias y/o Neurología, los pacientes con ictus inician la rehabilitación motora en el gimnasio de la unidad, donde están ingresados aproximadamente de 4 a 6 semanas.

Diseño: estudio cuasi-experimental de series temporales, n=10. (Diseño similar a los experimentos de caso único n=1, diseño clásico en estudios de recuperación de las funciones cerebrales en ictus, cada caso actúa como su propio control en la recuperación). Los 10 pacientes actúan como su propio control en la evolución de los déficit perceptivos, son evaluados en el momento de su inclusión en el estudio (pre1) y a las dos semanas (pre2), para medir la evolución de cada caso y detectar alguna posible recuperación espontánea en la percepción visual, sin haber recibido estimulación perceptiva de manera específica. Después se ejecuta la intervención durante dos semanas y transcurrido ese periodo se finaliza con una nueva medición (postest).

Sujetos: pacientes hemipléjicos con afasia por ictus que hayan iniciado la rehabilitación motora. El periodo de estudio fué desde Marzo a Diciembre de 2007, periodo en el que los 10 pacientes completaron todo el estudio.

Criterios de inclusión-exclusión definidos para los casos y para el cuidador responsable.

Criterios de inclusión:

- Haber sufrido el primer episodio de accidente vascular cerebral, sin tener antecedentes previos.
- Tener una puntuación como mínimo de 4 en el estado mental (conciencia: alerta(3), orientación: orientado(1) y lenguaje: déficit de comprensión y/o expresión) en la Escala Neurológica Canadiense.
- Deben presentar déficit perceptivos visuales evaluables con el test de Raven, matrices progresivas de colores, con puntuaciones menores de 23 sobre los 36 ítems de la prueba.
- Tener un cuidador o familiar disponible para realizar la intervención durante las dos semanas.
- Aceptación de participación en el estudio por parte del paciente y del familiar.

Criterios de exclusión:

- Tener antecedentes de déficit cognitivos, demencias, traumatismos craneoencefálicos, etc.
- Presentar patologías que deban ser tratadas con medicación que afecte al rendimiento mental.
- Que el cuidador o familiar presente problemas físicos o psíquicos, y/o nivel educativo deficiente para la correcta aplicación de las intervenciones.

Variables: recogidas en dos cuadernillos, el cuadernillo de inclusión o caso para las variables del paciente y del familiar y el cuadernillo de las evaluaciones pre1-pre2/postest, donde se recogen las variables de evolución funcional y de la percepción visual de objetos: constancia y reconocimiento.

Paciente: variables demográficas, nivel educativo, presencia de problemas sensoriales previos (uso de gafas o audífono), datos médicos (enfermedades anteriores, tipo y localización del ictus), dominancia manual para escritura y para actividades de la vida diaria: derecha, izquierda o ambas.

Familiar cuidador: variables demográficas, nivel educativo, índice de estrés del cuidador y escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.

Hospitalización: fecha de ingreso en el hospital, fecha del traslado a la unidad de rehabilitación, estancia hospitalaria pretest y fecha de alta.

Variables de evolución funcional: la severidad del ictus medida con la Escala Escandinava (SSS) y la dependencia funcional con el Índice Barthel (IB).

Variables de resultado sobre de la percepción visual de objetos:

1-La Constancia de un objeto: capacidad de identificar un mismo objeto observado desde diferentes perspectivas u orientaciones. "Identificamos, aunque no siempre vemos desde la misma posición".

2-El Reconocimiento de objetos: emparejamiento y asociación por relación funcional de objetos. ¿Conocemos si sirven para lo mismo dos objetos?.

Instrumentos de medida

-Birmingham Object Recognition Battery, BORB [9]. Bateria de test para el procesamiento perceptivo visual de objetos, basada en el modelo de Riddoch & Humphreys, que se divide en varias etapas, una de ellas es la perceptual en la que tiene lugar la constancia del objeto, y mas adelante está el acceso al conocimiento almacenado, sobre la función y las asociaciones entre los objetos.

Test 7 y 8: Identificación de objetos vistos desde perspectivas distintas. Constancia.

Test 11 y 12: Emparejamiento asociativo: permiten medir si los pacientes pueden acceder al conocimiento almacenado sobre las relaciones funcionales entre los objetos. Reconocimiento.

-Test de Pirámides y Palmeras [10], explora el sistema semántico del paciente a través de las relaciones asociativas que se establecen entre los distintos ítem. Reconocimiento.

Todos los ítem de estos test se componen de láminas en las que se presentan simultáneamente al paciente tres dibujos. Uno de ellos está situado en la parte superior de la lámina y los otros dos en la inferior, uno al lado del otro. El paciente debe señalar, de los dos dibujos de la parte inferior, el que está más relacionado con el de arriba.

Procedimiento

Para la inclusión se contacta con la familia y se le imparte una sesión formativa sobre el ictus, naturaleza y consecuencias de la enfermedad. En otra sesión o entrevista se recogen en el cuadernillo de inclusión o caso los datos del paciente y del familiar, se explica en que consiste el estudio y la intervención. Se formaliza la participación en el mismo y se acaba informando a la familia sobre los déficit perceptivos asociados al ictus[11] y a la afasia[12], sobre la repercusión en la seguridad del paciente, insistiendo en la importancia de prevenir los riesgos ambientales cuando lleguen a casa tras el alta. En los cuadernillos de evaluación se recogen las variables de la evolución funcional y las variables de la percepción visual en los momentos pre1, pre2 y postest, en presencia de la familia o de la cuidadora principal.

Intervención perceptiva visual: la intervención es llevada a cabo por los familiares en la habitación, utilizando un manual de ejercicios con fotografías de objetos cotidianos, insistiendo especialmente en los que pueden ser peligrosos si no son bien reconocidos: cerillas, tijeras, perfumes, lejía, etc.

Las fotos de los 80 ejercicios que se han preparado están dispuestas de tal forma que estimulan la visión completa del campo visual y las características perceptivas y funcionales de los objetos.

La tarea que tienen que realizar consiste en identificar y asociar las fotos que aparecen en cada ejercicio, asegurandonos que saben reconocer los objetos que representan, ya que son los que se van a encontrar al volver a casa. Se trabaja con el manual unos 20 minutos al día, se les va cambiando el orden de presentación de los ejercicios para no cansarles. Los manuales con los ejercicios han sido elaborados por el quipo investigador, utilizando fotos de objetos cotidianos.

Análisis de datos: estadística con la prueba de los rangos signados, (Wilcoxon signed-rank test).

Resultados:

La muestra ha sido compuesta por 6 mujeres y 4 hombres, con una media de edad de 60 años. Todos con hemiplejía derecha y afasia de predominio motor con problemas también de comprensión. Ha habido un abandono por no querer seguir la pautas de la intervención, y otros 2 abandonos han tenido causas ajenas al estudio, por cambios en el estado de salud. Las familias han recibido la educación sanitaria y han aceptado con gran interés la propuesta de intervención que les hemos ofrecido. En cuanto al impacto de la intervención destacamos que los déficit perceptivos visuales de los 10 casos mejoran de manera espontánea un 7,87% en la constancia de objeto y un 6,17% en el reconocimiento de objetos, pero si la familia les estimula de manera precoz con fotografías de objetos cotidianos la mejora es de un 19,88%, $p < 0.01$ y de un 25,88%, $p < 0.01$ respectivamente. En todos los casos ha habido mejoras individuales en el reconocimiento de objetos.

Discusión: es conocido que la mayoría de los pacientes que sobreviven a un ictus recuperan espontáneamente parte de sus déficit y discapacidades en los primeros meses [13],[14]. En los 10 casos se ha detectado y medido esta recuperación espontánea en la percepción visual, que además, ha sido complementada por la estimulación perceptiva visual precoz llevada a cabo por la familia.

La muestra seleccionada, aunque es pequeña, ha permitido medir estos dos procesos de mejora.

Conclusiones: la familia puede ayudar a mejorar la percepción visual en el ictus agudo con afasia de manera sencilla, utilizando pocos recursos, en la propia habitación del paciente y en el periodo de rehabilitación física de la hemiplejía.

Implicaciones para la práctica: la participación activa de la familia en la estimulación perceptiva visual y la educación sanitaria que ha recibido, pueden ayudar a la familia a prevenir riesgos ambientales evitando accidentes que retrasarían todo el proceso de recuperación. La mejora de la percepción visual observada en los 10 casos antes del alta hospitalaria es fundamental para afrontar la vuelta al hogar con mayor seguridad, tanto para la familia como para el propio paciente.

Este proyecto ha sido financiado por los fondos de investigación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. 2006. Fundación IMABIS. Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.-

BIBLIOGRAFÍA:

[1]-Baggerly J. Problemas perceptuales sensoriales después de accidente vascular cerebral. Los déficit invisibles. Clin Enferm de Norteamérica 1991, 4:1069-1080.

[2]-Bea M, Medina M, Dificultades perceptivas y cognitivas en personas con ictus cerebral: detección y estrategias de compensación y superación. Rehabilitación (Madr) 2000;34(6):468-482.

[3]-A. Croquelois A, Bogousslavsky J. Cognitive Deficits in Hyperacute Stroke. Stroke, February 1, 2004; 35 (2): e25 - e25.

[4]-Blake H, McKinney M, Treece K, Lee E. An evaluation of screening measures for cognitive impairment after stroke. Age and Ageing 2002; 31:451-456.

[5]-Mencía VR, Alonso E, Alonso I, Sabio G. Trastornos de la percepción y del rendimiento cerebral en un A.C.V.. Enfermería Científica Núm. 218-219. Mayo-Junio 2000.

[6]-Joan S Grant, et al. Caregiving problems and feeling experienced by family caregivers of stroke survivors the first month after discharge. International J. of rehabilitation research 2004, 27:105-111.

[7]-Gustafson Y. Falls and Injuries after stroke: Time for action!. Editorial. Stroke. Jan 16. 2003.

[8]-Santos Laraña MA, Zapata Elizari AI, Ollobarren Huarte C, Echevarría Beroiz C, Clavería Aranguren MIJ. Prevención de caídas. Rev ROL Enf. 2007;30(9):614-618.

[9]-Riddoch M J, Humphreys G W. The Birmingham Object Recognition Battery (BORB). Hove, UK:Lawrence Erlbaum Associates. 1993.

[10]-Howard D. y Patterson K. Pyramids and palm trees: A test of semantic acces from pictures and words. Bury St. Edmunds, UK: Thames Valley Test Company. 1992.

[11]-Ibañez J, Godoy MJ, Exposito R. Plan de cuidados estandarizado del paciente con ACV. Inquietudes N°36. 2007.

[12]-Hinojosa J. Afasia. Guía para las familias. Asociación afasicos de Málaga. AFAMA. Ediciones Caligrama. 2005.

[13]-Marshall R. The Impact of Intensity of Aphasia Therapy on Recovery Stroke, February 1, 2008; 39(2): e48 - e48.

[14]- Dobkin H. Rehabilitation after stroke. N.Engl. J. Med., April 21, 2005; 352(16): 1677-1684.-

AUTOR/ES:

Carme Graboleda, Dolors Juvinyà, Rosa Suñer, Carme Bertran, Carme Farré, Neus Brugada, Verònica Cruz, David Ballester

TÍTULO:

Evaluación de un programa de continuidad y enlace : Percepción, necesidades y evolución de los pacientes

TEXTO DEL TRABAJO:

El año 2005, se inició el programa de continuidad asistencial entre el Hospital Dr. Josep Trueta de Girona y las Zonas Básicas de Salud (ZBS) de referencia de su territorio. Su población de referencia directa (7 ZBS) es de 152151 personas. Como hospital de referencia de la Región Sanitaria de Girona, atiende 709520 personas.

El programa de continuidad asistencial se desarrolló para mejorar la coordinación entre los dos niveles asistenciales y garantizar la continuidad de cuidados, a través del plan de alta y la creación de la figura de una enfermera de enlace. Se definieron unos perfiles de pacientes : enfermedad crónica y necesidad de cuidados en el domicilio, pacientes con necesidad de técnicas y curas, pacientes paliativos y pacientes que debían continuar el proceso de educación sanitaria iniciado en el hospital, tras recibir el alta hospitalaria. El programa de continuidad asistencial incluye una visita de enfermería a domicilio, a las 48 horas del alta hospitalaria y visitas sucesivas, basadas en las necesidades de los pacientes.

El objetivo de este trabajo es evaluar el programa de continuidad asistencial iniciado en el año 2005 para coordinar y enlazar la asistencia entre el Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona y los centros de atención primaria de referencia.

Específicamente, se ha estudiado la asistencia compartida entre equipos de profesionales del hospital y atención primaria, mediante la percepción del paciente, las dudas y las necesidades del paciente en el domicilio, así como su evolución después del alta hospitalaria.

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona mediante un diseño longitudinal, prospectivo y observacional. La población de estudio estaba formada por pacientes incluidos en el programa de enlace y continuidad asistencial entre el 15 de enero del 2007 y el 31 de mayo de 2007.

Los pacientes incluidos en el programa de enlace aceptaron la participación en el estudio previo consentimiento informado y recibieron un seguimiento telefónico a las 24 horas, a la semana, al mes y a los 3 meses del alta hospitalaria. Por otra parte, a los cuidadores de los pacientes pediátricos prematuros que aceptaron la participación en el estudio se les aplicó un seguimiento a los 3 y a los 15 días tras el alta hospitalaria.

Se elaboraron dos modelos de cuestionarios dirigidos a los pacientes adultos y a los cuidadores de pacientes pediátricos respectivamente. Se preguntó al cuidador principal cuando el estado del paciente no permitía responder al cuestionario.

Los cuestionarios telefónicos incluían datos sociodemográficos básicos, información relativa al estado de salud percibido, a la satisfacción de la atención recibida en el momento del alta en el hospital así como en el domicilio o en los centros de atención primaria. Finalmente, se preguntaba sobre las dificultades y dudas en la gestión, el manejo de la enfermedad y presencia de dolor. Se registró también si el paciente procedía de unidad quirúrgica o no quirúrgica y su evolución en el domicilio (reingresos en el hospital y fallecimiento durante el seguimiento).

Del total de 119 pacientes incluidos en el programa de enlace y continuidad asistencial entre el 15 de enero del 2007 y el 31 de mayo de 2007, se realizó el seguimiento a un total de 83 pacientes adultos que en el momento del alta necesitaban continuidad de atención sanitaria. La edad media de estos pacientes fue de 69.3 años (sd 14.37), siendo el grupo de edad predominante el de más de 75 años. El 50.6 % de los participantes eran hombres.

Se registraron un total de 25 Centros de Atención Primaria de destino, pero el 50% de los participantes estaban entre las 7 Zonas Básicas de Salud de referencia directa del Hospital.

El 57.8% de los participantes eran quirúrgicos y el resto, de unidades médicas. La principal unidad de procedencia de los pacientes incluidos en el programa de enlace fue la de cirugía ortopédica y traumatología (21.7% de los casos), seguida de la unidad de cirugía vascular (16.9% de los casos) y de la unidad de medicina interna (13.3% de los casos). Respecto al perfil del paciente, el 67.5% de los participantes necesitaron continuidad de curas o técnicas de enfermería, el 15.7% cuidados paliativos, el 4.8% continuidad en la educación sanitaria, el resto eran pacientes crónicos y frágiles.

Un total de 10 pacientes fallecieron en los 3 meses de seguimiento y 7 requirieron un reingreso

Más del 90% de los pacientes percibió como útil o muy útil la información y la preparación al alta hospitalaria, aumentando ligeramente este porcentaje a lo largo del seguimiento. Sin embargo, a las 24 horas de permanecer en el domicilio, el 30 % de los pacientes tenía dudas y dificultades con el manejo de su enfermedad. Al mes, presentaban dudas y dificultades el 55 % de los pacientes, sobre todo respecto a la medicación y a las curas, que resolvían básicamente con la atención del Equipo de Atención Primaria.

El 58.3% de los pacientes quirúrgicos presentaba dolor a las 24 horas y el 17.1% de los pacientes no quirúrgicos ($p < 0.001$). Al mes de seguimiento, seguían estas diferencias, sin embargo, a los 3 meses, ya no había diferencias entre ambos grupos.

Discusión : La mortalidad de la muestra fue mayor del 10%. El 8.4% de los pacientes fueron readmitidos. Estos resultados indican que este programa incluye pacientes gravemente enfermos. Además, más de la mitad de los pacientes quirúrgicos marchan a casa con dolor y con dificultades desde el momento del alta hospitalaria.

Los resultados de este estudio indican por una parte la necesidad de mayor preparación de los pacientes y cuidadores antes del alta hospitalaria, además de la urgente necesidad de controlar y manejar más eficazmente el dolor a partir del alta hospitalaria, sobre todo en los pacientes quirúrgicos.

El programa de enlace y continuidad asistencial permite proporcionar coordinación, continuidad y seguimiento de los pacientes después de la hospitalización, pero debemos mejorar la preparación de estos pacientes y cuidadores para el autocuidado y el manejo del dolor.

BIBLIOGRAFÍA:

Freeman G, Hjordahl P. What future for continuity of care in general practices ? British Medical Journal. 1997; 314:1870-1873.

Naylor, M. A decade of transitional care research with vulnerable elders. The Journal of Cardiovascular Nursing. 2000; 14 (3) : 1-14

Naylor M, McCauley Km. The effects of a discharge planning and home follow-up intervention on elders hospitalized with common medical and surgical cardiac conditions. The Journal of Cardiovascular Nursing. 1999; 14 (1) : 44-54

Naithani S, Gulliford M, Morgan M .Patients ' preceptions and experiences of "continuity of care" in diabetes. Health Expectations. 2006; 9 (2) : 118-129

Dukkers D, Ros W, Berns M. Transitions of care : an evaluation of the roles of the discharge liaison nurse in Netherlands. Journal of Advanced Nursing. 1999; 30 (5) : 1186-1194

Contel JC. La coordinación sociosanitaria en un escenario de atención compartida. Atención Primaria. 2002; 29 (8): 502-506

Mesa de comunicaciones 17 / Concurrent session 17: Formación pregrado en enfermería

AUTOR/ES:

J. C. Silva Pereira; A. Leite da Silva; M. Lenise do Prado

TÍTULO:

La Investigación-Acción en el Desarrollo del Proceso de Educación Participativa en los estudios de la Licenciatura en Enfermería

TEXTO DEL TRABAJO:

1.- Objetivo: Analizar las posibilidades de la Investigación-Acción como línea a seguir en el desarrollo del proceso de Educación Participativa, centrado en la competencia dialógica al cuidado de la persona hospitalizada, en los estudios de la Licenciatura en Enfermería.

2.- Método: El método cualitativo de Investigación-Acción Integral y Sistémica (Morin, 2004) se utilizó en el estudio para la organización, implementación y evaluación de un proceso de Educación Participativa (PEP) centrado en la competencia dialógica (Lima, 2005) al cuidado de la persona hospitalizada. Participaron en el PEP 18 educadores y 58 educandos del 5º semestre de la Licenciatura en Enfermería de la Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Los datos fueron recogidos a través de tutorías y reuniones con educadores y educandos, cuestionarios y portfolios. Quedaron registrados en grabaciones audio, en diarios de sesiones y portfolios. El programa QSRNvivo sirvió de apoyo al análisis de datos, sustentado en la grada del proceso de la Investigación-Acción Integral y Sistémica (IAIS).

3.- Resultados: La propuesta de cambio de un proceso educativo de naturaleza tradicional hacia otro participativo causó, inicialmente, un impacto en el contexto escolar, con resistencias y conflictos por parte de algunos educadores y educandos. Con el desarrollo del PE, la participación colectiva (educadores y educandos) se fue fortaleciendo la medida que crecía la cooperación entre los participantes. Dicha participación se hizo palpable en la organización, implementación y evaluación continua del proceso educativo. Como resultados, conseguimos un mayor compromiso y autodeterminación de los participantes en las actividades de aprendizaje significativo; un desarrollo integrador de las capacidades cognitivas, afectivas y psicomotoras con la ayuda de la reflexión-acción crítica; la interacción con el conocimiento de manera autónoma, crítica, flexible y creativa; la gestión de conflictos de manera satisfactoria; y una mejora en la autovaloración y disfrute por los avances logrados.

4.- Discusión: La opción por el método de la IAIS reveló ser muy adecuada para el desarrollo del PEP, centrado en la competencia dialógica al cuidado de la persona hospitalizada. La relevancia de la utilización de la IAIS se tradujo en las posibilidades de afrontar situaciones de aprendizaje complejas, dinámicas y con alto grado de imprevisión en el día a día de los cuidados en enfermería y en situaciones en la escuela. En este aspecto, la IAIS favorece la realización de ciclos de espirales de reajustes a través de una reflexión clara y una acción transformadora del PEP. Los resultados de este estudio nos permiten concluir que la IAIS es un método que se ajusta a las innovaciones en la educación, con aportaciones para educadores y educandos, en cuanto que ambos participan del aprendizaje.

BIBLIOGRAFÍA:

MORIN, André. Pesquisa-ação integral e sistêmica: uma antropopedagogia renovada. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

LIMA, V.V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.17, p.369-79, 2005.

AUTOR/ES:

Amor Aradilla Herrero, Joaquín Tomás-Sábado
Escola Universitaria d'Infermeria Gimbernat
amor.aradilla@cesc.es

TÍTULO:

Validez factorial de la forma española de la Escala de Inteligencia Emocional TMMS en una muestra de estudiantes de enfermería

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción

En la década de los años 90 del siglo pasado surge el concepto de Inteligencia Emocional (IE) de la mano de Salovey y Mayer, quienes la definen como una habilidad para procesar la información emocional. Para estos autores, la IE es un tipo de inteligencia que implica la habilidad para controlar las propias emociones y las de los demás, discriminar entre ellas y utilizar la información como guía de los pensamientos y acciones.

Los estudios sobre la Inteligencia Emocional se han multiplicado en los últimos años y han adquirido una gran relevancia social y profesional. Son especialmente interesante las posibilidades de relación y aplicación en los profesionales de la salud, en cuanto que la interpretación y la regulación adecuada de las emociones propias y ajenas pueden facilitar la relación entre los profesionales de enfermería y sus pacientes y familiares.

Cuidar a las personas exige habilidades personales y profesionales que garanticen el soporte emocional, ya que diversas investigaciones han puesto de manifiesto que la IE es una variable mediadora entre los acontecimientos vitales y las consecuencias que estos sucesos pueden tener sobre el bienestar y la salud personal.

La escala de Inteligencia Emocional Trait Meta-Mood Scale (TMMS) ha sido la primera medida de auto-informe que evalúa, de forma estable en el tiempo, las creencias o actitudes de las personas sobre sus estados de ánimos y emociones, aspecto relevante para la investigación en Enfermería, tanto a nivel de los profesionales como de sus pacientes y familiares; puesto que las emociones condicionan en gran medida nuestros comportamientos y los de nuestros pacientes.

El objetivo de este trabajo ha sido comprobar la validez factorial de la TMMS en su versión española para poder ser utilizada en estudios con estudiantes de enfermería.

Método

a. Sujetos. Participaron en el estudio 225 estudiantes de enfermería, 193 mujeres y 32 hombres, con una edad media de 22,4 (DT = 3,3) y un rango de 18 a 40 años.

b. Instrumento. Los estudiantes respondieron un cuestionario anónimo y autoadministrado que contenía, entre otros instrumentos, la forma española de la Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24). Este instrumento es una versión reducida adaptada a partir de la TMMS-48 del grupo de investigación de Salovey y Mayer. La escala es una medida de autoinforme que evalúa la percepción de las personas sobre sus propios estados emocionales y su capacidad para modificarlos y de este modo regular sus emociones. La TMMS-24 presenta tres dimensiones: Atención emocional, Claridad emocional y Reparación de las emociones; y cada uno de éstos factores se corresponde con 8 ítems de la escala.

c. Procedimiento. Los sujetos respondieron al cuestionario de forma voluntaria, en sus propias aulas de clase, garantizándose previamente el anonimato y la confidencialidad. Los datos fueron tabulados y analizados mediante el paquete estadístico SPSS 15.0

Resultados.

Se obtuvieron alfas de Cronbach de 0,883, 0,809 y 0,795 para Atención, Claridad y Reparación, respectivamente, coeficientes cercanos a los obtenidos en otros estudios.

Posteriormente se realizó un análisis factorial por el método de ejes principales con rotación oblicua Oblimin. El análisis del gráfico de sedimentación identificó tres factores significativos, que, en conjunto, explicaban el 45,42% de la varianza total. El factor I, Comprensión, explica el 20,94% de la varianza y tiene cargas significativas en los ítems 10, 11, 14, 9, 15, 16, 12 y 13. El factor II, Percepción, explica el 16,14% de la varianza y tiene las mayores cargas en los ítems 7, 3, 8, 2, 6, 4, 1 y 5. El factor III, Regulación, explica el 8,33% de la varianza y presenta las mayores cargas en los ítems 20, 18, 19, 17, 21, 24, 22 y 23.

Discusión.

Los resultados obtenidos en nuestra muestra de estudiantes de enfermería confirman la teórica estructura factorial tridimensional planteada por los autores de la Escala de Inteligencia Emocional TMMS-24, aportando garantías de fiabilidad a la utilización de la escala como un instrumento válido en la investigación de las relaciones entre la inteligencia emocional percibida y otras variables relacionadas. Las emociones constituyen un aspecto esencial en las relaciones interpersonales y múltiples estudios establecen la necesidad de desarrollar programas formativos en el currículo de enfermería que desarrollen competencias para mejorar la percepción, comprensión y gestión de las emociones propias y ajenas.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Fernández-Berrocal P, Extremera N, Ramos N. Validity and reliability of the spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychol Rep.* 2004;94:751-55.
2. Limonero JT, Tomás-Sábado J, Fernández-Castro J. Relación entre inteligencia emocional percibida y ansiedad ante la muerte en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés.* 2006;12:267-78
3. Salovey P, Mayer JD, Goldman SL, Turvey C, Palfai TP. Emotional attention, clarity and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In: Pennebaker. In: Pennebaker JW, ed. *Emotion, disclosure, and health.* Washington 1995:125-51.
4. Mayer JD, Salovey P. What is emotional intelligence? In: Salovey P, Sluyter D, eds. *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators.* New York: Basic Books 1997:3-31.
5. Palmer BR, Gignac G, Bates T, Stough C. Examining the structure of the Trait Meta-Mood Scale. *Aust J Psychol.* 2003;55:154-59
6. Caruso DR, Mayer JD, Salovey P. Relation of an ability measure of emotional intelligence to personality. *Journal of Personality Assessment.* 2002;79(2):306-20.
7. Salovey P, Mayer JD. Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality.* 1990;9:185-211.
8. Akerjordet K, Severinsson E. Emotional intelligence: a review of the literature with specific focus on empirical and epistemological perspectives. *J Clin Nurs.* 2007; 16:1405-16.
9. Aradilla A, Tomás-Sábado J. Efectos de un programa de educación emocional sobre la ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería. *Enferm Clin.* 2006;16:321-26.
10. Montes-Berges B, Augusto JM. Exploring the relationship between perceived emotional intelligence, coping, social support and mental health in nursing students. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2007;14:163-71.

AUTOR/ES:

Margarita Rodríguez Pérez, Ana Abreu Sánchez, Francisca García Padilla, M^a Dolores Merino Navarro, José Luis Sánchez Ramos.

TÍTULO:

Evaluación del uso de la plataforma WebCT como estrategia facilitadora en el proceso enseñanza aprendizaje en la titulación de Enferme E

TEXTO DEL TRABAJO:

El sistema universitario europeo se encuentra actualmente en un proceso de cambios estructurales y de nuevos enfoques en la docencia que están promoviendo la apertura a nuevas estrategias metodológicas que favorezcan el proceso de enseñanza-aprendizaje. La filosofía que orientará el trabajo del alumnado es que el mismo de una forma autónoma-tutorizada construya su propio conocimiento y el profesorado será el que lo oriente en este proceso (Gairín, 2004; Zabalza, 2003). En todo este entramado cobran especial importancia las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) como instrumentos que favorecen el acceso al conocimiento, la información y las comunicaciones

En la actualidad la universidad de Huelva está promoviendo la virtualizando de asignaturas con la plataforma WebCT. Según De Benito (2000) "es necesario profundizar en las posibilidades de la herramienta y su potencialidad didáctica" Sin embargo no sólo es importante descubrir sus posibilidades, también consideramos importante conocer sus limitaciones. Por ello con este estudio nos propusimos como objetivo general: evaluar el uso de la plataforma WebCT como estrategia motivadora y facilitadora en el proceso de enseñanza-aprendizaje presencial en el alumnado de determinadas asignaturas de 1º y 3º de la Diplomatura de Enfermería y como objetivos específicos:

- Explorar el grado de facilidad y comodidad de manejo de la página para profesorado y alumnado.
- Describir la utilización de las opciones presentada en la plataforma (formación, comunicación, evaluaciones, etc.) por profesorado y alumnado.
- Explorar las posibles dificultades que limiten a profesorado y alumnado el uso de la página.
- Analizar la percepción de la utilidad de la plataforma por el profesorado y alumnado.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cualitativo de análisis del discurso basado en cuestionarios, grupos triangulares, diario del profesor y diario del alumno. El proyecto se realiza con 240 alumnos de 1º y 3º curso de la Diplomatura de Enfermería y 6 profesores.

Perfil del alumnado: durante el curso el 31% de los alumnos vivían en el domicilio familiar, el 8% vive en su propio domicilio, el 7% en residencias para estudiantes, el 52 % en pisos compartidos con estudiantes y un 3% con otras opciones.

El 87% poseían ordenador y el 58% de ellos tenían uso exclusivo, mientras el 31% lo compartía con otras personas. Con respecto al acceso de internet el 51% lo hacía desde una conexión propia, aunque el 84% del alumnado también utiliza las aulas de informática de la universidad.

Comenzaron a utilizar el ordenador con una media de 14 años y el 38% ha estudiado en un centro escolar donde se disponía de ordenadores. El 39% del alumnado ha recibido alguna formación previa en programas informáticos y no todos recibieron instrucciones para el uso de la plataforma WebCT.

El instrumento utilizado para la recogida de datos fue el diario del alumno y del profesor con una estructura que facilitaba la recogida de información.

-Categorías para el análisis:

A.Elementos accedidos

B.Percepción de ventajas del uso de la plataforma WebCT

C.Percepción de dificultades en el uso de la plataforma

D.Sugerencias y propuestas de mejora

Para la información cualitativa se realizó un análisis de contenido con el software AQUAD.v6.5.4.1 y se contrastó y enriqueció con el análisis interpretativo efectuado por los investigadores. Las categorías de análisis se han hecho a partir del guión de temas y de las transcripciones. Se codificaron todas las transcripciones y se triangularon entre los miembros del equipo.

RESULTADOS

Diario del alumnado

A. Elementos accedidos. La herramienta más utilizada ha sido el correo electrónico, el material curricular y las calificaciones. Las menos utilizadas han sido: el foro, Chat y el calendario.

B. Percepción de ventajas del uso de la plataforma WebCT. Coincidiendo con otros estudios el alumnado la ven como un apoyo fundamental a la enseñanza presencial. Creen que es accesible, cómoda, fácil, útil y creen que tiene un abanico de posibilidades que favorece la autonomía del alumnado, el ahorro de tiempo y propicia la utilización de una metodología docente más activa (Heather, Wharrad, Cook y Poussa, 2005; Aycocock, Garnham y Kaleta 2002, Vaughan, 2007).

Además reconocen que el uso de nuevas tecnologías es un reto para la universidad, y creen que su uso hoy les forma para su futura incorporación en el mundo laboral.

Destacan la facilidad de disponer del material curricular en una página; “tengo todo al alcance de la mano”. es como una especie de agenda, lo tienes todo organizado, te avisa cuando tienes que hacer y entregar actividades, puedes acceder a contenidos y ver como van tus calificaciones.....”.

Estos resultados son comparables con los obtenidos en algunos estudios (Pucel y Stertz, 2005). Sin embargo piensan que el rol del profesorado es fundamental en el buen funcionamiento de la Web “este método está lleno de ventajas, siempre que el profesor le eche cuenta”.

En general piensan que el espacio de comunicaciones de la WebCT facilita de forma fluida el contacto entre profesorado y alumnado sin necesidad de acudir al centro, aunque piensan que una tutoría presencial no sustituye a una virtual. Sin embargo, según Cabero et al, (2007) el uso continuado del correo electrónico produce una interacción entre profesor y alumnado que hace que el entorno se vuelva más amable y no existan diferencias. En otras investigaciones se pone de manifiesto como el correo electrónico permite, a veces, que el alumnado se sienta más cómodo para formular preguntas y dudas a los profesores que si estuvieran en una situación de presencialidad (Cabero ,Llorente y Roman, 2007)

Piensan que el correo es sencillo y funciona bien, considerándolo un elemento muy útil para obtener información, resolver dudas y enviar tareas; tanto a través de compañeros como del profesorado incluso cuando están de vacaciones. Encontramos estudios que coinciden (Heather, 2004)

Opinan que el foro puede ser un espacio para tratar temas de su interés y una buena vía para aquellas personas que tienen problemas para hablar en clase.

Destacan el poder enviar de forma cómoda las actividades y tener información sobre la corrección de las mismas, así como una continuidad en las puntuaciones para su evaluación.

C. Dificultades del uso de la plataforma. En general el alumnado destaca la facilidad de manejo de la plataforma WebCT: su uso es “sencillo, fácil y práctico, ya que todo está indicado de forma clara”. La mayoría piensa que los problemas surgidos fueron los lógicos hasta que se ubicaron y que a medida que la utilizaban éstos iban desapareciendo “estaba un poco perdida, pero cuando la había usado dos o tres veces ya podía manejarme sin ningún problema.

Sin embargo piensan que los conocimientos de informática y unas sesiones de orientación facilitan el uso de la misma (Dickinson, 2005; Song, Singleton, Hill, Koh, 2004). Las alternativas utilizadas para solventar los problemas que surgían fueron diferentes: “consultar a otros compañeros, al profesorado, amigos y becarios de la plataforma virtual”.

Una de las barreras para trabajar con el apoyo de la WebCT fue el disponer de los elementos necesarios: ordenador e internet. Factor, entre otros, encontrado como barrera en el uso de la Web por Heather y colaboradores (2004). Opinan que existe discriminación con respecto a los alumnos que no disponen de los medios necesarios ya que les dificulta el trabajo, por el hecho de tener que depender de los ordenadores de las aulas de informática de la universidad. “Mi única queja con la plataforma es que se da por supuesto que todos tenemos acceso cuando queremos, no cuando podemos”, algunos señalan que “se buscan la vida en las aulas de informática o en casa de amigos” Apuntan que a veces han tenido dificultades con la conexión a la página a partir de la medianoche “la accesibilidad en cuanto a los horarios no deberían limitarse, porque nuestros horarios no se ajustan a los del resto de la universidad”.

Diario del profesorado. En general la plataforma ha resultado una herramienta útil que ha facilitado el desarrollo de una metodología de trabajo que ya se estaba realizando, aún cuando el uso de la plataforma ha supuesto un aumento de la carga docente. El proceso de adaptación ha generado muchas horas de trabajo duplicándose la tarea, manteniendo la doble vía WebCT y copisteria.

Estas horas no se contabilizan de ninguna forma como trabajo del profesorado y nos parece importante que se reconozca el esfuerzo de aquellos docentes que la utilizan.

El correo es una buena herramienta de comunicación, sin embargo nos ha duplicado las tutorías; ahora tenemos presenciales y virtuales. Apareciendo un efecto perverso entre el alumnado que espera una respuesta rápida del profesorado, aún en fines de semana. El chat y el foro son herramientas de comunicación poco utilizadas ya que deben ser bien gestionadas y supone una labor añadida que en este primer año no hemos podido rentabilizar.

Dificultades . En los inicios tuvimos muchos problemas hasta sistematizar la tarea, problemas al cargar documentos, organizar la Web creando enlaces y añadiendo páginas de organización; con el tiempo y el uso se fue solucionando. En general no nos resultó muy intuitiva y tuvimos que contar con el apoyo entre compañeros, unidad virtual y un becario de apoyo para todos los profesores del Departamento. Probablemente la carga de trabajo y las dificultades que aparecen en los inicios del uso de la plataforma, limite el manejo de todas las opciones. Surgieron problemas técnicos y al igual que el alumnado hemos tenido problemas por lentitud en la conexión, "a veces la página se colgaba" y con la conexión por la noche.

Conclusiones. El alumnado cree que la plataforma es una buena herramienta de apoyo a la docencia presencial, que favorece la comunicación entre compañeros y profesorado, además de posibilitar el acceso a los recursos didácticos. Piensan que su uso permite al profesorado utilizar una metodología más activa que facilita el aprendizaje, dando autonomía al alumnado. Sin embargo instan al profesorado a que tengan en cuenta que no todo el alumnado dispone de los medios necesarios, lo que supone una importante barrera y podría suponer una discriminación. Para motivar al alumnado en el uso de la webCT, se nos ocurre que se les puede ofrecer cursos de iniciación cuando acceden a la titulación en el 1º curso, que se contemplen como de libre configuración.

El profesorado aún con dificultades y limitaciones pensamos que el uso de la plataforma virtual como apoyo a la docencia presencial es una herramienta fundamental en el proceso enseñanza-aprendizaje. Sin embargo creemos que no es suficiente tener una formación técnica para el uso de la misma, estimamos que es fundamental estar capacitados en competencias específicas en metodología apoyada en los medios. Por otra parte sería necesario motivar al profesorado para virtualizar las asignaturas con propuestas interesantes.

BIBLIOGRAFÍA:

- Aycock, A., Garnham, C., Kaleta, R (2002). Lessons learned from the Irbid course project. Teaching with technology today, 8(6). Retrieved October 20, 2007, from <http://www.uwsa.edu/ttt/articles/garnham.2.htm>
- Cabero, J., Llorente, MC., Román, P (2004). Las herramientas de comunicación en el aprendizaje mezclado. Revista de medios y educación, mayo nº 023,27-41. Universidad de Sevilla, España. Retrieved October 15, 2007, from <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=36802303>
- De Benito, B. (2000): «Herramientas para la creación, distribución y gestión de cursos a través de internet. Edutec, Revista electrónica de Tecnología Educativa. (www.uib.es/depart/gte/edutec-e/Revelec12/deBenito.html).
- Dickinson, A. (2005). Don't panic (smile) ¿how visually impaired students access online learning and giving realistic guidelines to academic staff at Coventry University. International congress Series 1282, 836-840
- Gairin, J. et al. (2004). La tutoría académica en el escenario europeo de Educación superior. Revista Interuniversitaria del Formación del Profesorado. V.18 (1). 66-77
- Pucel, DJ., Stertz, TF (2005). Effectiveness of and student satisfaction with web-bases compared to traditional in-service teacher education courses. Journal of industrial teacher education, 42 (1) 7-23
- Song, L., Singleton ES., Hill JR., Koh HM. Improving online learning: student perceptions of useful and challenging characteristics (2004). Internet and Higher Education, 7, 59-70
- Vaughan, N (2007). Perspectivas on blended learning in higher education. International Journal on E-learning. 6 (1), 81-94
- Heather, J. Wharrad, Cook, E., Poussa, C (2005). Putting post-registration nursing students online: important lessons learned. Nurse Education Today, 25, 263-271.
- Zabalza, MA (2003): Competencias docentes del profesorado universitario. Narcea, SA Ediciones. Madrid

AUTOR/ES:

Meneses – Jiménez, M.T.; González - Arrieta, P.; Rodríguez, F.; López, M.D.; Rico M.C.

TÍTULO:

Efectividad De Una Intervención Educativa Sobre Conocimientos De Diagnósticos Enfermeros En Alumnos De Enfermería

TEXTO DEL TRABAJO:

El día a día de nuestra profesión presenta una complejidad de problemas que dependen únicamente de la competencia enfermera. La enfermería debe desplegar su cuerpo de conocimientos y la facultad de juicio para su resolución (Lefevre, 1995). El proceso de enfermería (PE) es un método sistemático y organizado de administrar cuidados a partir de la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de las personas o grupos, a las alteraciones de la salud reales o potenciales (Iyer, P.W., et al., 1997; Gutierrez, E., y Jiménez, T., 1997). Así, un juicio clínico, se convierte en un método creativo para la resolución de problemas. De éste modo, la taxonomía NANDA (Gordon, 2002) permite “el uso de un lenguaje diagnóstico estandarizado para documentar el pensamiento enfermero”, dotando de una herramienta enfermera eje de orientación para la práctica del arte y la ciencia de los cuidados enfermeros. El aprendizaje es un proceso dinámico donde la conducta y las experiencias del estudiante juegan un rol esencial, donde deben contribuir, escuchar, dudar, analizar, interpretar y crear su propio conocimiento, y no sólo limitarse a recibir y asimilar todo lo que se les transmite (Isla, P., et al., 1995; Oriol, A., 1994). La evaluación de la Educación Superior eleva la calidad de la educación. La calidad de la educación constituye un instrumento indispensable para que la humanidad pueda progresar hacia los ideales de paz, libertad y justicia social (UNESCO, 1999). Existiendo pocas investigaciones que demuestren los conocimientos de las futuras enfermeras sobre PE.

OBJETIVOS:

- General: Indagar sobre el conocimiento de los alumnos de enfermería acerca de este método científico de trabajo y de su aplicabilidad en su futuro medio de trabajo.
- Específicos: Valorar la efectividad de una intervención educativa sobre diagnósticos enfermeros y determinar el grado de satisfacción de la formación recibida.

MÉTODOS: Estudio cuantitativo, descriptivo, cuasi - experimental, sin grupo control durante la realización de un curso de introducción a los diagnósticos enfermeros. Muestra de conveniencia, no probabilística. **Criterios Inclusión:** No haber recibido cursos específicos sobre diagnósticos de enfermería.

-Cronograma:

- 1) Diagnóstico: Nivel de conocimientos en relación al curso a impartir;
- 2) Intervención: Curso de libre elección organizado por la EUE de Ávila, “Introducción a los diagnósticos enfermeros”;
- 3) Evaluación actividad formativa (evaluó la aprehensión del conocimiento recibido de la actividad docente impartida).

- Instrumento de medida: Escala autoadministrada pre-post de intervención educativa. Comprende 5 bloques de 3 preguntas cada uno, 4 opciones de respuesta, sólo una válida, sobre Conocimientos generales en Planes de Cuidados, Diagnósticos enfermeros, Criterios de resultados (NOC), Intervenciones enfermeras (NIC), Proyecto NIPE. Al primer cuestionario se añadió cuestionario sociodemográfico, al segundo se añadió un cuestionario tipo sobre grado de satisfacción en esta intervención educativa.

- Tratamiento estadístico – informático: Descriptivo habitual (frecuencia y porcentaje para variables cualitativas; media e intervalos de confianza (IC 95% para variables cuantitativas). Comparación de medias y correlación entre variables cuantitativas mediante el coeficiente de Spearman. La efectividad de la intervención mediante la prueba de Wilcoxon para datos apareados. Se valoran niveles de significación inferiores al 0.05.

- Normas éticas: Venia de Dirección E.U.E de Avila, del docente, y consentimiento de los participantes.

RESULTADOS:

El 86% de las encuestadas eran mujeres, que en el 93,3 % se encontraban cursando primer curso de diplomado de enfermería. La media de edad estaba en 20 años. Solo el 33% desean continuar estudiando y lo harían en campo de las ciencias de la salud, aunque el 93% manifiesta inquietud por realizar una especialidad enfermera. La totalidad de los alumnos había tenido su primer contacto con las prácticas enfermeras, 1/3 a través de una institución socio – sanitaria y el resto con una institución hospitalaria. El 40 % de los alumnos identificó el trabajo con planes de cuidados con el trabajo en un ordenador. En cuanto a los conocimientos generales sobre Planes de Cuidados el 78% manifestó tener conocimientos previos sobre diagnósticos a través de la asignatura “Fundamentos de enfermería” cursada por la totalidad de los alumnos, aunque ninguno de ellos había recibido formación específica sobre diagnósticos de enfermería o taxonomía NANDA.

a) Valoración de conocimientos antes de la información

Valorando el nivel de conocimientos en los distintos bloques, éstos eran menores en los conocimientos sobre conocimientos del proyecto Nipe y otros programas institucionales ($3,41 \pm 1,72$) que en conocimientos generales sobre intervenciones enfermeras (NIC) y criterios de resultados (NOC) ($5,41 \pm 2,04$), Conocimientos generales sobre Diagnósticos enfermeros ($6,04 \pm 1,37$) y planes de cuidados ($6,15 \pm 1,68$). Por otra parte, el alumno que tiene problemas importantes de conocimientos lo tiene de modo uniforme en todos los bloques.

b) Comparación del nivel de conocimientos antes y después de la información

Comparando el valor medio antes y después de la información en los distintos bloques de conocimientos, las diferencias son estadísticamente significativas. El nivel de conocimientos del cuidador después de la información aumentó en todos los bloques: Conocimientos generales sobre intervenciones enfermeras (NIC) y criterios de resultados (NOC) ($7,11 \pm 1,05$), Conocimientos generales sobre Diagnósticos enfermeros ($7,42 \pm 0,77$), Planes de cuidados ($7,26 \pm 0,93$), conocimientos sobre conocimientos del proyecto Nipe y otros programas institucionales ($4,58 \pm 2,04$).

c) Grado de satisfacción

El 100% está totalmente de acuerdo con el empleo de su tiempo. El 100% considera que la metodología es muy adecuada. El 100% piensa que ha tenido una participación correcta. El 100% opina que los ejercicios han estado bien planteados y un 90% que las ideas y conceptos se han desarrollado de manera clara, dependiendo de que conceptos. El 90 % recalca que les gustaría estudiar con este tipo de metodología frente a las clases magistrales

CONCLUSIONES

Tras este estudio queda demostrada una mejora estadísticamente significativa en el manejo y conocimientos del lenguaje enfermero NANDA a través de una intervención formativa. La experiencia mostrada en este trabajo refleja que los estudiantes pueden llegar a la definición de diagnóstico estableciendo una concordancia entre la taxonomía existente, mediante la visualización de repuestas humanas presentes en varios individuos, y mediante el reconocimiento de aquellas necesidades que deberían ser cubiertas por las enfermeras después de determinada la causa. Tras la intervención formativa, los alumnos utilizan un lenguaje de diagnósticos enfermeros y respuestas humanas con una mejor comprensión y aumento de conocimientos de estos conceptos.

DISCUSION

Como ya apuntaba Luis (1998), los diagnósticos enfermeros como una parte integral del proceso enfermero, conforman un vínculo crucial entre el conocimiento teórico y la praxis enfermera. Para consolidar este sistema se requiere la colaboración de todos. El conocimiento del DE que comienza en las Escuelas, debe encontrar su formación específica práctica en la formación. El razonamiento diagnóstico es una habilidad cognitiva esencial para que la enfermería dispense cuidados seguros y eficaces.

Partiendo de esto, creemos que la inclusión de una actividad formativa específica infundirá más relevancia, en nuestros estudiantes, a la hora de profundizar en la valoración y detección de problemas sobre respuestas humanas, así como a la de identificación de etiquetas diagnósticas (Alfaro – Lefevre, 1997). Esta habilidad que es básica en el proceso de razonamiento diagnóstico necesita de una intervención formativa específica que tienda puentes entre la formación y la práctica, dotara de una herramienta enfermera de «uso y dominio» para todos los profesionales enfermeros y, sobre todo, desde el primer curso (AENTDE, 1998).

Por todo ello, pensamos que el proceso enseñanza-aprendizaje tiene que centrarse en la participación activa del estudiante, así como en la construcción de aquellos conceptos esenciales, utilizando la metodología más apropiada.

BIBLIOGRAFÍA:

- Addine, F. (2004). Didáctica, teoría y práctica. Ciudad de La Habana. Ed. Pueblo y Educación.
- Alfaro-Lefevre R. El pensamiento crítico en enfermería: un enfoque práctico. Barcelona: Masson, 1997.
- George J. Nursing theories the base for profesional nursing practise. New Jersey: Appleton&Lange,1990.
- Gordon, M. (2002). Nursing Diagnosis: Process and Application.Mosby/Doyma SA.
- Gutiérrez de Reales, E., Jiménez de Esquenazi, T. (1997).El proceso de enfermería: una metodología para la práctica. Santafé de Bogotá: Orión
- Hernández, P. (1995). Diseñar y enseñar. Madrid: Narcea.
- Isla, P., López, C.L., García, C., Salas, R., Girbau, R. (1995). Alternativas a la enseñanza tradicional. Revista ROL de enfermería, 203-204: 51-56.
- Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. (1997).Proceso y diagnóstico de enfermería.3a ed. México: McGraw-Hill Interamericana
- Kérouac,S.; et al. (1996). El pensamiento enfermero. Masson, Barcelona.
- Lefevre, M.; Dupuis, A. (1995). Juicio clínico en cuidados enfermeros. Masson, Barcelona.
- López de la Llave, A. y Pérez-Llantada, C. (2004): Evaluación de Programas en Psicología aplicada (salud, intervenciones sociales, deportes, calidad...). Madrid:Dykinson. 2ª edición
- López, J. (1994). Aplicación del Proceso de Enfermería en las prácticas clínicas del estudiante. Enfermería Clínica; noviembre- diciembre 4(6): 254-259.
- Luis MT. (1997).Diagnóstico enfermero: todos con una misma voz.Rev ROL Enferm; (222): 31
- Luis MT. (1998).Diagnósticos enfermeros: Un instrumento para la práctica asistencial. Madrid: Harbcourt Brace de España.
- NANDA. (1987). Classification of nursing diagnoses, proceedings of the seventh conference. USA: Edit Audry M. McLane.Mosby.
- Oriol, A. (1994). Aprender a enseñar. Barcelona: Ed Gestión 2000.
- UNESCO, (1999). Políticas para el cambio y el desarrollo en la Educación Superior. En documento. Paris, Naciones Unidas.
- Wakefield, B., McCloskey, J.C. y Bulechek, G.M. (1995) Clasificación de Intervenciones de E

AUTOR/ES:

Cristina Alonso Blanco; Almudena Alameda Cuesta; Inmaculada Corral Liria; Ángel Lizcano Álvarez; Paloma Salvadores Fuentes

TÍTULO:

Nivel de satisfacción de los alumnos de enfermería con una actividad docente enmarcada en el EEES

TEXTO DEL TRABAJO:**1. INTRODUCCIÓN**

En los estudios de enfermería se suelen trabajar con gran nivel de profundidad y sistematización dos tipos de objetivos: los objetivos cognitivos, a través de clases teóricas, y los objetivos procedimentales, a través de las salas de demostración. Los objetivos actitudinales, en cambio, a pesar de su importancia en la formación enfermera, conllevan mayores dificultades de sistematización, por lo que no suelen incluirse como objetivo de asignatura con tanta exhaustividad como los anteriores. En la Universidad Rey Juan Carlos, desde la asignatura de Fundamentos de Enfermería, nos planteamos, hace tres años, incidir con mayor peso en este último tipo de objetivos. Para ello desarrollamos un espacio de aprendizaje consistente en una serie de seminarios analíticos, en los que abordar los siguientes objetivos docentes:

- Reflexionar sobre las bases que sustentan la profesión de enfermería.
- Analizar el rol de la enfermera en la valoración e intervención sobre los factores biológicos, psicológicos y sociales que afectan a las necesidades básicas de salud.
- Desarrollar habilidades básicas para la elaboración de Planes de Cuidados.

Este espacio docente se organizó en ocho seminarios, de noventa minutos cada uno, con una metodología docente activa-participativa, de análisis grupal en pequeño grupo (6-7 personas) y puesta en común en grupo grande (13-14 personas). Las técnicas que se han utilizado han sido: análisis de texto, discusión a bandas, fotodiscusión, estudio de casos...

Cada profesor, al finalizar cada seminario, rellena un guión de observación-evaluación sobre el desarrollo del mismo. La evaluación del espacio docente por parte de los alumnos se realiza a través de una encuesta de satisfacción (cerrada-abierta) y una entrevista de evaluación grupal. Los resultados que se presentan en esta comunicación corresponden a una parte de la evaluación del desarrollo de estos seminarios a lo largo de los cursos 2005-06, 2006-07 y 2007-08.

2. OBJETIVOS

- Conocer la satisfacción de los alumnos acerca de una actividad docente de análisis y reflexión sobre la identidad y la metodología enfermeras.
- Analizar la importancia que los alumnos otorgan a este tipo de actividad.
- Obtener información acerca del proceso docente que permita introducir mejoras en siguientes ediciones.

3. MÉTODOS

- **Ámbito:** seminarios analíticos dirigidos a la reflexión y análisis sobre la identidad y metodología enfermeras, enmarcados en la asignatura de primer curso Fundamentos de Enfermería.
- **Diseño:** descriptivo transversal, cuali-cuantitativo.
- **Sujetos:** estudiantes de primero de enfermería de los cursos 2005-06, 2006-07 y 2007-08.
- **Variables:** 1) Satisfacción con el espacio docente: utilidad de los seminarios, grado de participación en los mismos, adecuación de los contenidos, metodología utilizada, espacio físico, duración de los seminarios, horario. 2) Satisfacción con la actuación del profesorado: como facilitador de la participación del grupo, calidad de sus intervenciones, actuación general. 3) Aportaciones de los seminarios. 4) Sugerencias.
- **Instrumentos:** 1) Cuestionario de satisfacción cerrado-abierto (escala tipo Likert para las preguntas cerradas; texto libre para las preguntas abiertas), administrado a 386 estudiantes a lo largo de tres cursos. 2) 15 entrevistas grupales a esos alumnos, con coordinador-dinamizador y observador-secretario.

- Análisis: medidas de frecuencia, tendencia central y dispersión para las preguntas cerradas. Transcripción, condensación y categorización de las respuestas abiertas para posibilitar su análisis cuantitativo. Discusión y análisis por pares de la información obtenida en las entrevistas grupales.

4. RESULTADOS

Grado de cumplimentación de los cuestionarios: 100% para las preguntas cerradas; 96,4% para las abiertas.

Los resultados que se presentan a continuación corresponden a la parte abierta del cuestionario de satisfacción, y hacen referencia a las aportaciones del espacio docente destacadas por los alumnos. Se recogieron 877 comentarios a texto libre, que se condensaron en 10 categorías y 25 sub-categorías. Las aportaciones destacadas con mayor frecuencia fueron: conocimientos sobre metodología enfermera (33,5%), aspectos relacionados con la enfermería como profesión –rol enfermero, imagen social...– (21,3%), mejora de conocimientos y habilidades –relación teoría-práctica, capacidad de comunicación...– (19,4%), y habilidades para el trabajo en equipo (13,2%). La distribución por subcategorías de estas cuatro aportaciones fue la siguiente:

- Conocimientos sobre metodología enfermera: genérico (31%), fase de diagnóstico (31%), fase de valoración (27%), fase de planificación (11%).

- Enfermería como profesión: identidad profesional (38%), genérico (33%), adquisición de hábitos profesionales (15%), evolución de la profesión a lo largo del tiempo (8%).

- Mejora de conocimientos y habilidades: interrelación entre teoría y práctica (53%), mejora de habilidades de comunicación (17%), refuerzo de conocimientos teóricos (17%), genérico (13%).

- Trabajo en equipo: genérico (35%), mejora de las relaciones interpersonales (34%), compartir opiniones (31%).

Estos serían algunos de los verbatim más significativos para cada una de estas cuatro categorías:

- Conocimientos sobre metodología enfermera: "Aprender a realizar intervenciones para resolver problemas adecuadamente, para, posteriormente, poder valorar los resultados obtenidos"; "Facilitan el saber extraer los datos más relevantes de los problemas planteados, y las actividades necesarias para resolver esos problemas"; "Estos seminarios nos encuadran en una situación más o menos real, nos enseñan mucho cómo diagnosticar y, sobre todo, valorar una situación de forma objetiva, como la tendríamos que hacer siendo enfermeras, sin sacar conclusiones personales ni suposiciones"; "Capacidad para observar cualquier dato que nos parezca insignificante del paciente y que afecta a la hora de elaborar nuestro diagnóstico de enfermería"; "Seguridad, porque creía que no iba a ser capaz de saber distinguir los diagnósticos de enfermería y emplearlos, pero al estar trabajando con una situación casi real me he dado cuenta de que sí que puedo".

- Enfermería como profesión: "Antes de empezar estos seminarios tenía vocación por esta profesión, pero después de la experiencia de los seminarios me he unido más todavía a esta profesión"; "Me ha ayudado a comprender la importancia de la profesión"; "Cómo ha cambiado la función de la enfermera a lo largo del tiempo, en relación con otros profesionales"; "Me ha ayudado a conocer la imagen, el comportamiento, la actitud y la forma de actuar y de intervenir con el único fin de cuidar, curar y tratar con pacientes que requieren de nuestra ayuda para su recuperación"; "Tomar conciencia de la labor enfermera y de la visión de la sociedad hacia la misma"; Capacidad de observación sobre el paciente y el ambiente que le rodea".

- Mejora de conocimientos y habilidades: "Empezar a enfrentarnos a problemas que nos pueden surgir en nuestro día a día profesional y que de no haber participado en estos seminarios nos costaría muchísimo más"; "Poner en práctica la teoría de las necesidades básicas, ya que sin tener un ejemplo para practicar parecía más difícil"; "También sirve para afianzar conceptos dados en clase, los dejamos claros y el participar sobre ellos ayuda a aprenderlos"; "La verdad es que me ha aportado más confianza y seguridad al expresarme, seguramente antes no me hubiese atrevido a hablar en público como lo hemos hecho en estos seminarios, por ejemplo al salir de coordinador/a"

- Trabajo en equipo: "Aprender a trabajar en grupo y a ser tolerantes con las ideas de los demás"; "Facilita el trabajo en equipo, cómo relacionar los temas, cómo exponerlos, de qué manera tratarlos..."; "Ha sido muy agradable la realización de estos seminarios ya que aparte de aportar conocimientos pienso que ayudan a nuestra capacidad de relación con otras personas"; "El hecho de que son en grupo hace que se refuerce el trabajo, lo que a uno se le olvida lo puede decir otro, y poniéndolo en común se aprende mucho más."

5. DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

A la vista de las aportaciones destacadas por los alumnos podemos decir que se han cumplido los objetivos del espacio docente relacionados con la reflexión acerca de la identidad y metodología enfermera, específicos de la asignatura Fundamentos de Enfermería. Pero, además, se han alcanzado otros objetivos, relacionados con competencias transversales, tales como la capacidad para interrelacionar la teoría y la práctica, para comunicar eficazmente y para trabajar en equipo.

Entendemos que este tipo de actividades docentes, acordes a la filosofía del EEES, contribuye a formar profesionales de enfermería autocríticos, con capacidad de liderazgo y capaces de trabajar en equipo, además de reforzar aspectos de la identidad profesional enfermera.

BIBLIOGRAFÍA:

Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Libro blanco. Título de Grado de Enfermería. 2005. Disponible en: www.aneca.es/activin/docs/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf

Bain, K. Lo que hacen los mejores profesores universitarios. Universidad de Valencia: Valencia, 2007.

Biggs, J. What the Student Does: teaching for enhanced learning. Higher Education Research and development, 1999; 18(1): 57-75

Weimer, M. Learner-centered teaching: five keys changes to practice. Jossey-Bass: San Francisco, 2002.

Saez, S. Educación para la salud. Técnicas para el trabajo de grupos pequeños. Pagés editors. Barcelona. 1992

Jarauta, MJ y otros. Manual de Educación para la Salud. Instituto de Salud Pública de Navarra. Navarra. 2006

Mesa de comunicaciones 18 / Concurrent session 18: Health in childhood and adolescence

AUTHOR/S:

Ann Elizabeth Tourangeau RN PhD; Jaime Pachis MHSc

TITLE:

Nurse Work Environments and Nurse Responses to Work Environments in Institutional Long-term Care Settings

TEXT:

The two primary aims of this paper are to: 1.) describe nurse work environments and nurse responses to work environments in Ontario, Canada nursing home settings, and 2.) examine the impact that work environments have on nurse outcomes such as job satisfaction and intention to remain employed. Here we report on findings from nursing homes in Ontario, Canada.

It is important to understand the nature of work environments because of mounting evidence of relationships between work environments and organizational outcomes across many health care settings.

We invited nursing staff working in 26 Ontario, Canada nursing homes to complete a survey asking them to rate their work environments and responses to work environments. Three categories of nursing staff responded to the survey: registered nurses, licensed practical nurses, and managers / other clinical support nurses. The total sample size was 273 nursing staff. A number of well-established instruments were included in the survey to measure work environments and responses to work environments. Work environment characteristics and responses to environments were summarized using descriptive statistics. Stepwise regression modeling was used to examine effects of work environments on organizational outcomes (e.g., job satisfaction, intent to remain employed).

Differences were found in work environments and responses to work environments among categories of nursing personnel (e.g., work effectiveness, burnout, job satisfaction, and self-reported health). Overall, nursing staff perceived their workplace empowerment as high. Job satisfaction was rated between 'neutral' and 'satisfied'. Overall, nursing staff reported experiencing moderate levels of emotional exhaustion. One-third of nursing staff reported planning to leave their employment in nursing homes within one year. Fifty-two percent of variance in nurse job satisfaction was explained by two variables: emotional exhaustion and psychological empowerment. Thirty-five percent of variance in nurse intention to leave their jobs was explained by 4 variables: job satisfaction, work effectiveness empowerment, burnout, and perceived degree of leader / manager ability to challenge organizational processes.

If we want to improve nurse, patient, and organizational outcomes within nursing homes, one place to start is to develop and implement strategies that improve and strengthen work environments for nurses to support their practice. Such change would require deliberate strategies aimed at both managers of nurses and nursing staff.

AUTHOR/S:

Dowding D, Mitchell N, Randell R, Foster R, Lattimer V, Thompson C, Cullum N

TITLE:

The organisational features associated with nurses use of technology to support their decision making in NHS Trusts in England

TEXT:**Objectives**

Countries with developed healthcare systems such as the United Kingdom are encouraging nurses to take on extended roles with greater decision-making responsibility. A number of Computerised Decision Support Systems (CDSS) have been introduced to assist nurses with this extended role. This paper draws on results from a Department of Health (England) funded study which examined how nurses use technology to support their decision making, to explore the possible organisational features associated with successful technology implementation.

Methods

A national survey of a random sample of NHS Trusts (organisations responsible for the delivery of health care) in England (n=108). Data from a case site study of 4 NHS Trusts in England who had implemented innovative CDSS. This included observations of nurses using CDSS (n = 124), interviews with nurses (n=55) and interviews with NHS Trust managers (n=17). Quantitative data was analysed using Kendall's rank correlation coefficient. Qualitative data from the observations and interviews were analysed using content analysis.

Findings

Larger NHS Trusts, who employed more nurses and had higher performance ratings were significantly more likely to have CDSS used by nurses ($p<0.05$). Features associated with successful implementation of technology included; the ability to adapt the system to local work practices, Trust support of nurse technology use, clinician engagement, adequate education and training of clinicians, systems that were integrated into existing technology, the perception that the system provided benefits to nurses care processes and/or patient care.

Discussion

With increasing use of technology such as CDSS to support nursing practice, it is important that we have an understanding of the factors which influence successful technology use. The results presented in this paper highlight that the way in which organisations support nurses to introduce technology such as CDSS can impact on how nurses subsequently use that technology. These factors need to be taken into account when implementing technology in nursing, in order to maximise the potential benefits of such systems to clinical practice.

AUTHOR/S:

Berta Paz Lourido

TITLE:

Results in home care:the interdisciplinary approach.

TEXT:

The Primary Health Care (PHC) is defined as care of individuals, families and the community at large through health promotion programmes, prevention, curative and rehabilitation, and its based in pillars as equity, intersector collaboration and community participation (WHO, 1978). Conceptualized by Vüori (1986) as a set of activities, as a level of care, as a strategy and as a philosophy in health care, this model of care has been developed in many countries worldwide. Some of its main characteristics are the participation of different professional groups working in health teams and also the continuity in the care that they deliver (Starfield et al, 2005). Since 1984, the spanish health care system has experienced an extensive process of institutional reform towards PHC, although this reform was implemented more slowly that expected, affronting problems as lack of resources and political priority, compared to other areas as specialized care (Durán et al, 2006).

The location of home care in the primary level of the health system point to the main PHC characteristics as continuity of care, multidisciplinary and intersector approach (Contel, Gené and Limón, 1999). Current socio-demographic and health care changes have increased the number of people who require home care, most of them people with severe dissabilities and long term dependence, but also people discharged from hospitals. The literature about home care in the country highlights the relevant role of nurses in the provision of home care, but also put emphasis in the complexity of this environment, in the different attitudes towards this activity and in the difficulties to show clear evidences about its results (Frias et al, 2002; Fuentelsanz et al, 2002; Sancho et al 2002).

Although in Spain home care is an essential element in PHC countrywide, home physiotherapy is not, to date, offered within the PHC system in Majorca (Balearic Islands, Spain). Regarding to that, the health administration at a regional and national level points out the need of further development of home care, including the delivering of more services and the participation of other health and social professional groups (MSC, 2007). This leads to a qualitative research with the general aim of exploring the perspectives of different PHC professional groups (nurses, GPs, physiotherapists, social workers and paediatricians) about home physiotherapy. The research includes several specific objectives addressed to explore the scenario in which home care is currently being developed, trying to find in the voices from PHC professionals the challenges for the integration of physiotherapy in home care in this particular context. This paper is organized on the basis of the following specific objective:

Explore the nurses experiences and perception of the results in home care in the context of PHC in Majorca.

Method:

As theoretical perspective, the Social Critical Paradigm was used. Under these theoretical assumptions, the aim of inquiry is the critique and transformation, giving values and researcher's reflection a relevant role in the research process (Lincoln & Guba, 2000; Kincheloe & McLaren, 2005). A total number of 21 nurses from Primary Health Care System in Majorca have participated. The nominated informant sample was recruited in order to select professionals with differences regarding the educational and professional background, the health team size and the geographic area (rural and urban areas) where they work.

A socio-demographic questionnaire was used as a tool to help in the sample selection and also for additional data collection. The main methods for data collection were in-depth and small group interviews (Krueger, 1994), done till the saturation was achieved. The shadowed data from other interviewed professional groups was considered. A research diary was used during the research process. The content of the interviews was transcribed and analysed using discourse analysis (Wheterell et al 2001, Silverman, 2003). Triangulation of sources and methods was done. Institutional ethical approval was obtained from the University of the Balearic Islands. The research has been partially funded by the university the Council of Health Affairs of the Balearic Islands

Findings:

Home care was experienced differently by the interviewed professionals, as they pointed out in their talks factors that influence their results and satisfaction levels. Among the factors outlined, aspects related to the environment in which home care is being practiced were highlighted including the conditions in which families live, the availability of resources of formal or informal care, or coordination with other professionals that are also involved in home care. These experiences were used to describe the context in which physiotherapy at home could be developed, putting special emphasis on the role of communication and interaction between different professionals to address in a better way the health needs of people at home. The integrity of care or the person-centred approach was highlighted in the interviews, emphasising the relevance of communication among professionals. However, their talks also show that communication between professionals is already poor within the health center, especially with health auxiliary teams (as physiotherapy) and to a greater extent with those who are not located in the same health center. This illustrates the development of independent practices, which are reflected in the manner in which activities of other professional groups are described and the expectations towards them.

Critics regarding the current home care approach and emotive responses also appeared when describing aspects related to the living conditions and socioeconomic problems for some families, the wide scope of health demands of people at home (patients and caregivers) and the lack of resources of nurses to face them. Home was described as the patient's world, where the professional is an stranger. The relationship of nurses with patients and families at home was considered to be closer than in the health center. Although in general that kind of relationship was considered to be very satisfactory, it was also used as an example to show how the personal implication may end up increasing their workload in home interventions, where more requirements from patients and their families are addressed to them. General competences related to social skills, communication and creativity were considered to be relevant to get better results when working in home settings, putting in many cases the specific techniques of patient care in a secondary level of importance.

The perception about the results of their interventions clearly outline the interdisciplinary and intersector approaches, arising the difficulties in the transfer of practices commonly developed in the health center into the home arena. The need of contextualised practices was highlighted, since most of those practices have to be established in concordance with the caregivers participation in care. Other social factors and geographic influences for health care appeared in their talks, as neighbourhood support, less frequent in urban areas. Many participants explained their work in home care with personal satisfaction, but also considering necessary an improvement of the current conditions (lack of time, working conditions, difficulties in cooperation with other professionals, among others) in which home care is developed. For some participants, less satisfied, those bad conditions make their home interventions stressful, regarding them as an added task to their regular work in the health center. For some, better results in home care could be achieved if home care could be developed by specific home care teams, pointing a division of practices and roles for PHC professionals. This proposal was rejected for many others, seeing on that strategy a limitation for their professional development and a reduction in the continuous and integrated care that characterizes PHC.

Discussion:

The findings suggest that the interdisciplinary and inter-sector approach have a great importance for professionals when working in the home environment. Home care puts the professionals in a different position compared to what they are used to in their usual consultancy services in the health center. The home visits require from them to tackle with the contextualised situations, which ones will vary for each family. The results in home care were seen as a result of different factors, being the intervention of one professional group an important but not only element in the puzzle. Some of the implications of this study point out that the implementation of the service of home physiotherapy has political and organizational implications, but also educational implications aimed to a better knowledge and communication among the different professionals that participate in home interventions in order to facilitate the interdisciplinary approach. Other implications point to the need of flexibility when talking about protocolized practices in home care, considering the intervention in home settings not independently from the social and geographic context.

BIBLIOGRAPHY:

- Contel JC, Gené J, Limón E. Programas de atención domiciliaria en atención primaria. In: Contel JC, Gené J, Peya M, editors. Atención domiciliaria: organización y práctica. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1999. p. 25-38.
- Durán A, Lara JL, van Waveren M. Spain: Health system review. Health system in Transition 2006; 8(4):1-208.
- Kincheloe JL, McLaren. Rethinking Critical Theory and Qualitative Research. In: Denzin, NK, Lincoln, YS, editors. Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks, CA: Sage, 2005. p. 303-342.
- Krueger, R. Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994
- Lincoln YS, Guba EG. Paradigmatic Controversies, Contradictions and Emerging Confluences. In: Denzin, NK, Lincoln, YS, editor Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks, CA: Sage, 2000.163-188
- Martín A. Organización de las actividades en Atención Primaria. En Martín A., Cano J.F. Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Elsevier; 2003.p.46-58
- Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). Plan Estratégico para la mejora de la Atención Primaria: 2007-2012. Madrid: MSC; 2007.
- Silverman D. Analyzing Talk and Text. En: Denzin NK y Lincoln YS. Collecting and interpreting qualitative materials. Thousand Oaks: Sage; 2003. p. 340-362.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contributions of Primary Care to Health Systems and Health, The Milbank Quarterly 2005; 83(3): 457-502.
- Whetherell M, Taylor S, Yates S. Discourse theory and practice: A reader. London: Sage; 2001
- Frías A et al. La práctica enfermera en la atención domiciliaria: perfil sociodemográfico y práctica profesional. Atención Primaria 2002; 29: 496-501.
- Fuentelsaz C et al. Visita domiciliaria programada de enfermería a personas mayores de 65 años. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.
- Sancho S et al. Análisis de situación y propuestas de mejora en enfermería de Atención Primaria de Mallorca. Rev Esp de Salud Pública 2002; 76:531-543

AUTHOR/S:

Lucie Michelle Ramjan

TITLE:

Nurses, adolescents with anorexia nervosa and the formation of therapeutic relationships within a 'behaviour-modification' program

TEXT:

Good afternoon. Today's presentation will discuss some of the findings and recommendations from my doctoral study. The study explored the viewpoints of nurses and adolescents with anorexia nervosa and their experiences with forming therapeutic relationships.

I interviewed ten adolescents with anorexia nervosa and ten nurses on an adolescent ward in Sydney, Australia. I examined the difficulties nurses faced with establishing therapeutic relationships within a 'behaviour-modification' program. Nurses in this study felt they were 'the face of the program' and had an obligation to enforce rules and regulations of the program that the adolescents were not particularly receptive to; at times the adolescents believed the rules to be punitive, annoying and unnecessary. The adolescents with anorexia described the nurses as competent in 'laying down the law', as the nurses seemed to take on observational and disciplinarian roles as the policeman in catching the adolescents misbehaving.

Riley a nurse in the study, described his difficulty with forming a therapeutic relationship when caring for adolescents with anorexia because of his role on the ward and within the program. He stated in the following quote:

"Well I'm only saying police because technically what are we? What are nursing staff here for?...I mean technically we're here [and we say], You've got to eat this now...You're going to school now, You're going to group now, We're doing your obs now, You go to bed now. It's sort of policing. I mean it's not like a prison. You still get some freedom and liberty and that but technically you're policing (laughs)" (Riley, a nurse).

The adolescents and nurses themselves perceived the nurses' role symbolically as like 'hawks', because of the observational and surveillance type activities they undertook within the program. Hawks are noted for their fierce predatory behaviours. Uncanningly, one particular nurse in the study, described that he noticed that the adolescents with anorexia displayed a socialisation process on the ward, which he described as being a 'pack mentality'. He observed that these adolescents whilst on the program tended to stick together, protecting and supporting each other, like a pack of wolves. Thus also raising connotations of 'predatory' and a sense of group survival which is common among wolves. So symbolically, the combination, 'predator versus predator' was an ominous sign for the therapeutic relationship. It encapsulated the great difficulty in establishing therapeutic relationships between nurses and adolescents with anorexia on this ward.

What this study found was that the emotionally frustrating nature of the care for adolescents with anorexia lead to inconsistency. Nurses became protocol driven at times neglecting the much needed emotional support. For instance Zac, a nurse, revealed the following in this quote:

"with these kids ah we don't, or I don't pursue these kids to talk to them. I just think if they have a problem, they will come and see me. I don't actually go out there and ask them, Is there anything troubling you today?" (Zac, a nurse).

The adolescents did describe most nurses as nice nurses and these nurses were respectful. They knocked on the bathroom door before opening it if they suspected exercising or handed out a warning for a first offence. They provided constant encouragement for them to do better. The not so

nice nurses however were not as discrete nor respectful and would say things like, 'Get out now! You've been in there too long' or 'Show me your pockets!', if they suspected they were hiding food.

There was evident conflict for nurses between performing the physical parts of their job and forming a connection with adolescents with anorexia. An adolescent named Zoe explained in this quote:

"nurses are the ones telling you to eat, they are the ones that are watching you, making sure you eat, making sure you don't do sneaky stuff and so often it is very difficult...I think they walk a fine balance between being caring and connecting with you and doing their job...I think sometimes the good ones know what to push and what not to push and they are still fair on everybody...If you don't want to be treated, often it's hard for you to trust someone that's making you eat..." (Zoe, a patient).

The nurses understood that the formation of a therapeutic relationship with an adolescent with anorexia was critical to their recovery but sometimes the adolescent's personality precluded them from forming this type of relationship. Unfortunately when personalities clashed nurses described how they performed their job in a professional manner without making a connection or forming a positive relationship. Riley, a nurse explained, in this quote:

"...if I like the patient... I'll try to create a so called therapeutic relationship with that patient. If not...I'll do what I need to with that child but that's it. Do talk to them but probably not to the extent that I would with a patient that I have a rapport with" (Riley, a nurse).

What was discovered in this study was that the relationships that formed between nurses and adolescents with anorexia, only had a level of trust. Although the adolescents themselves did not really trust nurses this did not reflect the nurses' efforts in trying to engage with them. Many adolescents acknowledged and appreciated that nurses were trying to their potential to establish relationships with them each day.

There was "inherent conflict between the opposing logics of treatment based on 'behaviour-modification' on the one hand, and a therapeutic relationship, on the other" (Shoebridge, 2002, p. 3). The conundrum nurses faced was that by following the program they were doing something ethically valid, that is saving a life, whilst effectively this unfortunately led to the downfall of trust and essentially the capacity to form therapeutic relationships with their adolescent patients. The power imbalance often led to an 'us versus them', 'symbolic 'hawks versus wolves' or 'predator versus predator' situation. Oliver, a nurse, explained this situation by saying:

nurses were "expected to do two things that are pretty much diametrically opposed". They were supposed to engage with adolescents on a "personal supportive level" but then as part of their job they were "taking them down [for meals] and leaning on them to cooperate and do what they know is right" (Oliver, a nurse).

Nonetheless we must keep in mind that many adolescents reported that in retrospect hospitalisation was helpful. And healing or the impetus for recovery was a realisation that "who you are isn't dependant on how much you weigh". Many adolescents themselves believed that an adolescent with anorexia was never going to be 100% better and like an alcoholic could get in a spiral again. For many though a supportive relationship was imperative for their eventual healing or was the impetus for their recovery. This person needed to be someone who listened. Some described nurses, doctors and psychologists as somewhat helpful in encouraging them while they were on the program. Others described how their relationships with family, the school or Church community, close friends from school, other patients with an eating disorder and their religion assisted when they were discharged and were people they could trust. These people talked to them, listened to them and never judged them. These support systems provided the adolescents with the will to get better. For many their turning point was a realisation that they did not want to do this anymore and that they had other goals and aspirations in their sight.

Some of the recommendations from this study included: the employment of a dedicated specialist nurse (who does not regularly care for the adolescents with anorexia), to 'touch base' with them each day (sit, listen and talk), educating them about their illness, overseeing cooking classes, befriending them and developing that much needed therapeutic relationship. This specialist nurse could then be a resource for other ward staff in terms of education, support and debriefing. Nursing staff (and patients) needed training in the principles and strategies of behaviour-modification and behavioural therapy. They needed to understand that the focus of treatment is on promoting positive behaviours, essentially shaping and rewarding positive behaviours, rather than being preoccupied with eradicating negative behaviours. Additionally, a recommendation from this study was for nurses to re-think the value and potential of joint meal experiences between nurses and patients with anorexia and to trial eating with patients while engaging in 'normal' conversation. A Clinical Nurse Consultant (CNC) for eating disorders commenced work in June 2008. The other recommendations are in the process of being trialled on the ward.

So in conclusion, it was clear that both nurses and adolescents in this study recognised the value of and had an expectation that nurses would spend time establishing a rapport and developing trust so as to build therapeutic relationships with their adolescent patients. What we need to be mindful of is that regardless of nurses' custodial role as enforcers of the program, nurses should never abandon the goal of forming therapeutic relationships with patients and providing 'holistic' nursing care. The challenge is to find ways, without losing the benefits which the 'behaviour-modification' program provides, to establish these relationships and assist adolescents with anorexia through the healing or recovery process.

Thank you for your attention.

BIBLIOGRAPHY:

Ramjan LM. The Metaphorical Prison: Nurses, adolescents with anorexia nervosa and the formation of therapeutic relationships within a 'behaviour-modification' program [Unpublished PhD Thesis]. Penrith South, Sydney: University of Western Sydney, NSW; 2007.

Shoebridge J. 'Examiner's Report' of Lucie Ramjan, 'A Struggle for Control', Establishing therapeutic relationships: Nurses caring for adolescents with anorexia nervosa [Bachelor of Nursing (Honours) Thesis]. Penrith South, Sydney: University of Western Sydney, NSW; 2002.

Mesa de comunicaciones 19 / Concurrent session 19: Evidence based practice

AUTHOR/S:

Monica Taminato, Humberto Saconato, Dayana S Fram, Dulce A Barbosa.

TITLE:

Screening strategies for GBS during prenatal care for the prevention of early onset infection: systematic review and meta-analysis.

TEXT:

Background: Streptococcus agalactiae (GBS) has been associated with neonatal sepsis, meningitis, pneumonia, early neonatal death, septic abortion, corioamnionitis, endometritis and other perinatal infections(1-2-3). Therefore it is an important public health concern. The main GBS reservoirs are the gastrointestinal and genitourinary tracts(2,4-5). The route of contamination is vertical. It is estimated that from 5% to 31% of all pregnant women are colonized with GBS, depending on ethnical and socio economical factors (6-7-8). Early onset disease affects from 3 to 35/1,000 liveborns and according to recent data, the lethality rate ranges from 5% to 20% (2,9-10).

Objective: to determine the best GBS screening strategy in pregnant women, that lead to reduction of adverse maternal and neonatal outcomes.

Methods: systematic review of observational studies, with meta-analysis.

Setting: Nursing Department, São Paulo Federal University and Brazilian Cochrane Center.

Search strategies: EMBASE, Medline, LILACS and the Cochrane library were searched as well as bibliographic references lists and personal communications.

Selection criteria for the studies: observational studies that presented any GBS screening strategy in pregnant women.

Participants: pregnant women submitted to the GBS screening.

Interventions: GBS screening based on risk factors, universal screening or no intervention.

Primary outcomes: incidence of early neonatal sepsis and neonatal death.

Data extraction and analysis: two independent investigators assessed the quality of the studies(Strobe) and extracted the data.

Results: Eight studies were included: four compared universal screening versus no screening and four compared universal screening versus screening based on risk factors. Regardless of the comparison, analysis indicate that universal screening for GBS is more effective in reducing neonatal sepsis. Neonatal death was significantly lower ($p=0.02$) when universal screening was used, compared to no screening. Conclusions: According to the evidence presented in this study, universal screening strategy for pregnant women, along with the use of prophylactic antibiotics, is safe and effective in the reduction of GBS neonatal sepsis and neonatal mortality.

BIBLIOGRAPHY:

1. Sweet RL, Gibbs RS. Group B Streptococci. Infectious disease of the female genital tract. 4 th ed. Philadelphia (PA) : Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of Perinatal group B Streptococcal disease. Revised Guidelines from CDC. MMWR Recomm. 2002; 51: 1-22.
- 3 Baker CJ, Edwards MS. Group B streptococcal infections. Infectious disease of the fetus and newborn infant. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1995:980-1054.
- 4 Baker CJ, Goroff DK, Alpert S, Crockett VA, Zinner SH, Evrad JR et al. Vaginal Colonization with Group B Streptococcus : A study in College Women. The J of Infect Dis 1977; 135(3): 392-7.
- 5 Dillon HC, Gray E, Pass MA, Gray BM. Anorectal and vaginal carriage of group B streptococci during pregnancy. The Journal of Infect Dis 1982; 145(6): 794-9.
- 6 . Heymann DL et al. Streptococcal disease. In : Heymann DL. Control of Communicable Disease Manual. American Public Health Association. Baltimore: United Book 2004: 507-14.
7. Stoll BJ, Schuchat A. Maternal carriage of group B Streptococci in developing countries. Pediatr Infect Dis J 1998; 17: 499-503.
8. Thinkhamrop J, Limpongsanurak S, Festin MR, Daly S et al. Infections in internacional pregnancy study: performance of optical immunoassay test for detection of group B streptococcus. J Clin Microbiol 2003; 41:5288-90.
9. Zangwill KM, Schuchat A, Wenger JD. Group B streptococcal disease in the United States, 1990: report from a multistate active surveillance system. In CDC surveillance summaries: 25-32.
10. Baker CJ, Edwards MS. Group B streptococcal infections. In Remington J, Klein JO, eds. Infectious disease of the fetus an infant. Philadelphia: W.B. Saunders, 1990: 742-811.

Mesa de comunicaciones 20 / Concurrent session 20: Salud mental y embarazo

AUTOR/ES:

Rodríguez Olalla Laura, Serrano Martos Juan, Álvarez Nieto Carmen, Linares Abad Manuel, Torres Díaz Francisco, Pastor Moreno Guadalupe.

TÍTULO:

Creencias sobre el embarazo de las gestantes adolescentes

TEXTO DEL TRABAJO:

1.- INTRODUCCIÓN

La preocupación por la salud de los adolescentes ha ido ganando en interés y adeptos a nivel mundial en los últimos tiempos, y progresivamente se ha ido tomando conciencia de los problemas relacionados con los jóvenes (1,2). El embarazo en la adolescencia es un hecho que causa gran preocupación y cuyas causas, aunque aún bajo estudio, apuntan a múltiples factores en interacción: sociales, económicos y culturales. Diferentes estudios ponen de manifiesto que el embarazo adolescente supone un impacto sobre la condición física, emocional y económica de la joven, además de condicionar definitivamente su estilo de vida, por lo que constituye una cuestión sanitaria y social (3,4).

En España, el aumento del número de adolescentes convertidas en madres es constante, pues desde el año 2000 el crecimiento no se ha detenido. Así, en el año 2006 un total de 5.847 menores de 18 años fueron madres en España (5).

La mayoría de los esfuerzos para prevenir o retrasar el embarazo en adolescentes han estado dirigidos a proveer el control de la concepción, pero esta intervención es probable que falle si los/las adolescentes no están interesados/as en evitar el embarazo. Aunque diversos estudios han examinado los factores y motivaciones de los jóvenes para entender su comportamiento contraceptivo, las actitudes hacia el embarazo son pobremente entendidas (6,7). Estudios retrospectivos sugieren que del 60 al 80% de los embarazos en adolescentes no son intencionados (8, 9). Otros estudios examinan las actitudes de las adolescentes hacia el embarazo sugiriendo que el porcentaje de embarazos que son verdaderamente no intencionados puede ser más bajo que lo se cree ya que hay conductas ambivalentes o actitudes positivas hacia el embarazo temprano (10,11).

2. - OBJETIVOS

General

Conocer las actitudes y creencias que la adolescente gestante tiene sobre el embarazo

Específicos

- Conocer la reacción personal ante el embarazo
- Explorar la opinión que la adolescente gestante tiene sobre el aborto
- Conocer la deseabilidad del embarazo
- Comparar las reacciones de la pareja ante el embarazo

3.- MÉTODOS

Los métodos de investigación utilizados en la realización de este estudio son de carácter cualitativo, centrándonos en el análisis de contenido y del discurso, ya que esta perspectiva de investigación constituye una visión, un enfoque y una estrategia de búsqueda de sentido con la que conceptualizar e interpretar la realidad sociocultural en toda su complejidad.

La población de estudio han sido las adolescentes embarazadas que han acudido a la consulta de Alto Riesgo Obstétrico (A.R.O.) del Centro Materno Infantil del Complejo Hospitalario de Jaén, para realizar los controles propios de esta consulta. Hemos utilizado muestreo intencional incluyendo como criterios que la adolescente embarazada tuviera entre 14 y 17 años; el periodo de recogida de datos ha comprendido los meses de marzo a diciembre de 2007. Como técnica de recogida de la información se ha optado por la entrevista en profundidad, para acercarnos a la experiencia de las adolescentes embarazadas pretendiendo asimismo que las jóvenes se abrieran y expresaran sus sentimientos, sus ideas y opiniones, y todo ello en sus propios términos. Se han realizado un total de 12 entrevistas de una duración media de 45 minutos, utilizando protocolo y grabadora para realizar una transcripción más fiel de los datos.

Para el análisis cualitativo de la información se siguió el esquema: reducción de los datos, presentación de los datos, y extracción y verificación de conclusiones. Como instrumento de apoyo se ha utilizado el programa informático Nudist Vivo, que nos ha permitido codificar y presentar los datos y nos ha servido de apoyo para el análisis del discurso.

4.- RESULTADOS

La investigación que presentamos parte del supuesto básico de que el contexto sociocultural en el que se desenvuelven las adolescentes ejerce una influencia sobre la fecundidad. Este contexto influye en los significados que los y las jóvenes atribuyen a la masculinidad y la feminidad, lo que a su vez va a tener una importante influencia en el rol que desempeña cada miembro de la pareja en los encuentros sexuales. Asimismo, el contexto sociocultural va a tener un peso considerable en la toma de decisiones sexuales y reproductivas de las chicas.

Todas las chicas entrevistadas tenían entre 15 y 16 años en el momento de la entrevista. En concreto, cinco tenían 15 años y siete 16 años. En cuanto al lugar de residencia, predominan las jóvenes de hábitat rural (8 de ellas procedían de municipios menores de 10.000 habitantes, y tres de ciudades). Todas las jóvenes proceden de familias trabajadoras, con padres y madres de mediana edad, y con estudios básicos. Se trata en general de familias con una distribución de roles tradicional: el padre proveedor y la madre cuidadora (aunque algunas de ellas tienen empleo remunerado).

Ante la noticia del embarazo las reacciones son diversas: nerviosismo, temor, alegría, aprensión, etc. Uno de los sentimientos comunes para las chicas es el miedo a la reacción de la familia: padre, madre, abuelas, y otras personas cercanas. Si el embarazo es intencional, la reacción suele ser más positiva que en caso contrario. Muchas de éstas jóvenes relatan los sentimientos encontrados en el momento de enterarse de su embarazo. A partir de ese momento, se inicia un proceso en el que deben valorar las condiciones que le rodean y tomar varias decisiones: comunicarlo a su pareja y a su familia, decidir si van a continuar con el embarazo o van a abortar.

Así pues, una vez confirmado el embarazo el primer paso es el de comunicar la noticia a sus parejas cuyas reacciones pueden ser muy variadas. Al principio el impacto es grande, bien sea por ver un deseo cumplido o por ser una noticia inesperada. Las jóvenes suelen percibir que su pareja se está haciendo responsable de la situación. Una pauta que se repite entre las parejas de las adolescentes entrevistadas es la de delegar la decisión de continuar o no con el embarazo en ellas, delegando por tanto la responsabilidad de lo que pase posteriormente.

Las adolescentes no se sienten responsables de su embarazo, o al menos perciben que su responsabilidad es relativa, pues es algo que simplemente pasó y ante lo cual ellas no podían hacer nada. Adoptan una actitud pasiva, y atribuyen su embarazo a un fallo del método anticonceptivo.

En cuanto a la intencionalidad declarada del embarazo, cuatro de ellas indican de forma expresa y abierta haberse quedado embarazadas de forma voluntaria. Sin embargo, en preguntas posteriores, la deseabilidad del embarazo es manifestada por más de cuatro jóvenes. El resto muestra una actitud de conformismo y resignación: "no lo buscaba, pero ha venido y ahora sí lo quiero". Es posible que la opinión cambie en función de muchos aspectos: la reacción de la pareja, la reacción del entorno, el apoyo percibido, etc. De este modo, parece que hay una tendencia a la racionalización de los acontecimientos, por lo cual algunas adolescentes que no desearon embarazarse, posteriormente afirman que el hijo/a es deseado/a o incluso planeado/a. Así, las dudas que en un primer momento puede tener la joven, tal vez se disipan con el tiempo, al ver que no está sola y que cuenta con el apoyo de su entorno, lo que refuerza el deseo de embarazo.

De este modo, en este estudio el embarazo adolescente no aparece como una experiencia planificada anteriormente. Las jóvenes que señalan desear el embarazo tienen un objetivo claro: tener un/a hijo/a, pero el proceso que lleva a ese fin y las consecuencias que supone no están definidas ni valoradas en su imaginario. De los testimonios de las jóvenes se deriva una sensación de invulnerabilidad; no tienen una posición o unas creencias definidas sobre un embarazo porque creen que nunca se van a tener que enfrentar a tal situación o porque consideran que en ese caso fácilmente encontrarían una solución.

Por otra parte, las ideas previas sobre una gestación están básicamente referidas a cambios físicos (aumento de peso, cansancio, vómitos, etc), pero no tienen en cuenta otros cambios que ocurren durante y después del embarazo: cambios en los sentimientos, en el estado de ánimo, en la vida social, laboral y en las relaciones de pareja.

En el proceso de toma de decisiones que sigue a la noticia de un embarazo temprano no intencional, la posibilidad de abortar no es barajada por estas jóvenes ni por sus parejas, y en general se aprecia un rechazo a la idea de abortar. El tema es planteado por algunos miembros de la familia de las jóvenes, pero ellas reafirman su negativa a abortar y deciden continuar adelante con su embarazo.

5.- DISCUSIÓN

La toma de decisiones durante la etapa de adolescencia suele tener lugar en el marco de una red social, y se orientan al mantenimiento de relaciones significativas con los miembros del grupo de referencia. Según Vargas Trujillo, Henao y González, las decisiones que las jóvenes toman en lo relacionado con su vida sexual y reproductiva, se asocia con su orientación hacia el futuro. En otros términos, cuando no se ha logrado formular metas relacionadas con el éxito profesional y la incorporación al mercado laboral, existe más riesgo de embarazo, porque las adolescentes encuentran en la nupcialidad y la maternidad su principal fuente de realización personal. Según estas autoras también se debe tener en cuenta la relación que existe entre las condiciones socioeconómicas y el tipo de metas y aspiraciones de las jóvenes, ya que aquellas que centran su proyecto de vida en la nupcialidad y la maternidad, pertenecen a un estrato bajo (12).

En este sentido, en nuestro estudio encontramos que el abandono académico es alto entre las jóvenes, ya que en el momento de la entrevista solamente dos de las chicas continuaba asistiendo al instituto. El resto había abandonado los estudios, si bien este abandono no siempre está causado por el embarazo, puesto que algunas de las jóvenes habían dejado el instituto anteriormente.

Kush y Cochram afirman que la falta de un sentido de autodeterminación lleva a la persona a sentir que lo que le ocurre en la vida es causado externamente, por alguien o algo que no está bajo su control. A partir de este planteamiento podemos comprender mejor porqué las jóvenes prefieren no planear las relaciones sexuales, evitan hablar del tema y dejan que las circunstancias decidan.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Alan Guttmacher Institute. Teenage sexual and reproductive behavior in developed countries: can more progress be made? New York, NY: Alan Guttmacher Institute; 2001.
2. Bermúdez J, Casanova I. Programa de educación sexual en la adolescencia. *Inquietudes* 2003; 8(28):6-15.
3. Darroch JE. Adolescent pregnancy trends and demographics. *Curr Womens Health Rep* 2001; 1-102.
4. Faucher P, Dappe S, Madelenat P. Maternity in adolescence: obstetrical analysis and review of the influence of cultural, socioeconomic and psychological factors in a retrospective study of 62 cases. *Ginecol Obstet Fertil* 2002; 30(12):944-952.
5. Instituto Nacional de Estadística. *Movimiento Natural de la Población*. 2006.
6. Montgomery KS. Planned adolescent pregnancy: what they wanted. *J Pediatr Health Care* 2002; 16(6):282-289.
7. Stevens-Simons C, Sheeder J. Paradoxical adolescent reproductive decisions. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004; 17:29-33.
8. Pinto e Silva JL. Pregnancy during adolescence; wanted vs. unwanted. *Int J Gynaecol Obstet* 1998; 63(1):151-156.
9. Yildirim Y, Inal M, Tinar S. Reproductive and obstetric characteristics of adolescent pregnancies in Turkish women. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2005; 18:249-253.
10. Cowley C, Farley T. Adolescent girls' attitudes toward pregnancy the importance of asking what the boyfriend wants. *J Fam Pract* 2001; 50(7):603-607.
11. Kendall C, Afable-Munsuz A, Speizer I, Avery A, Schmidt N, Santelli J. Understanding pregnancy in a population of inner-city women in New Orleans--results of qualitative research. *Soc Sci Med* 2005; 60:297-311.
12. Vargas Trujillo E, (et al). Fecundidad Adolescente en Colombia: Incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida. *Doc CEDE*. 2004.
13. Vargas Trujillo E, Henao Escobar J, González C. Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia.

AUTOR/ES:

Rodriguez-Rojas MJ, Castellanos-Cabañas G, Gascón-Buendía AI, Lapeña-Moñux Y, Pozo-Mula S, López-de-Castro F.

TÍTULO:

Los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en el embarazo.

TEXTO DEL TRABAJO:

Palabras clave □ Ansiedad. Depresión. Salud Mental. Embarazo. Complicaciones del embarazo. □
□ Introducción □ El estudio de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) durante el embarazo es importante ya que puede afectar de forma negativa a la salud materno-infantil. Durante el embarazo la mujer se ve sometida a una serie de cambios hormonales, físicos y psicológicos que pueden tener efecto directo sobre el estado de ánimo. La salud maternal puede verse afectada durante el embarazo, el parto y el puerperio, que a su vez puede afectar a la salud del recién nacido (parto prematuro, bajo peso, etc.). □ Tras la revisión bibliográfica realizada hemos detectado que la mayoría de los estudios se centran en la depresión posparto y en el uso de antidepresivos durante el embarazo y que existen pocos estudios recientes en nuestro país sobre dichos trastornos en el embarazo. Tampoco hemos encontrado referencias sobre la influencia del embarazo en el estado de ánimo de la pareja. □ □ Objetivos □ Valorar la frecuencia de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) a lo largo del embarazo. □ Describir los factores asociados a la presencia de ansiedad y depresión en el embarazo. □ Conocer la prevalencia de ansiedad y depresión en la pareja de la embarazada. □ □ Material y método □ Hemos llevado a cabo un estudio observacional descriptivo y transversal, realizado en diversos Centros de Salud del área de Toledo (Buenavista, Palomarejos, Sta Bárbara, Consuegra, Mora, Illescas, Valmojado y Yepes). □ La población del estudio la forman las embarazadas que acuden al control de embarazo de ocho Centros de Salud del área de Toledo y sus parejas. El muestreo ha sido consecutivo (por reclutamiento). □ Para la recogida de la información se utilizó un cuestionario autoadministrado para la embarazada y su pareja que incluía ítems sobre antecedentes personales y datos obstétricos. En cuanto a la valoración de la presencia de ansiedad y depresión en la gestante y en su pareja se utilizó el test de Goldberg de ansiedad y depresión (con puntos de corte de 4 y 2 respectivamente). También se empleó el cuestionario de Beck para depresión en la embarazada. □ Como variables secundarias estudiamos la edad, nacionalidad, residencia, nivel de estudios, situación laboral, estado civil, tipo de apoyo familiar, pareja estable, antecedentes de tabaco, alcohol y drogas. □ La descripción y análisis de los datos obtenidos se ha llevado a cabo mediante el programa estadístico SPSS 12.0. Para la descripción de los resultados se han utilizado los parámetros habituales (media y porcentajes) y los intervalos de confianza del 95%. En el análisis estadístico se han utilizado los test de Chi cuadrado y la t de Student. □

Resultados □ En el estudio han participado 154 gestantes, con una edad media de 31 años, con un rango de edad entre 21 y 43. En cuanto a las variables secundarias estudiadas, un 94,8% eran españolas, un 64,3% vivían en zonas urbanas, tenían estudios universitarios el 47,4%, trabajaban el 76,6%. En cuanto a los datos obstétricos, la edad gestacional media eran 25,5 semanas, primigestas el 41,0%. Tenían antecedentes de depresión el 13,1% y de ansiedad el 32,0 % □ En cuanto a la presencia de ansiedad y/o depresión en el embarazo, el Goldberg resultó positivo para ansiedad en el 42,2% (IC95% 34,3 – 50,4); para depresión en el 55,8% (IC95% 47,6 – 63,7). A su vez, el test de Beck resultó positivo en el 17,5% (IC95% 12,0 – 24,6). De los casos detectados eran leves el 15,6%, moderados el 0,6% y severos el 1,3%. □ En el análisis univariante, el test de Beck positivo resultó más frecuente en extranjeras (p=0,03), no-primigestas (p=0,08), con nivel de estudios básicos (p=0,04), sin pareja estable (p=0,08), mala relación de pareja (p=0,03) y antecedentes de ansiedad (p=0,09) y depresión (p=0,03). No hay diferencias por trimestres del embarazo. □ En el estudio también participaron también 99 parejas, con una edad media de 32,8 años. Eran españoles el 89,7%, tenían estudios universitarios un 36,4%, y presentaban antecedentes de depresión un 6,1% y de ansiedad un 22,2%. El test de Goldberg resultó positivo para ansiedad en el 28,3% (IC95% 19,9 – 38,3) y para depresión en el 27,3% (IC95% 19,0 – 37,3). □ □ Discusión □ Los trastornos del estado de ánimo son muy frecuentes en el transcurso del embarazo, probablemente más que en mujeres adultas no embarazadas (7-12%). □ El cuestionario de Beck parece más específico para el embarazo que el Goldberg. □ La nacionalidad, la paridad, el nivel de estudios y los antecedentes de ansiedad y depresión entre otros, parecen ser factores relacionados con la presencia de ansiedad / depresión en la mujer embarazada. □ La frecuencia de trastornos del estado de ánimo en las parejas de las embarazadas es algo menor que en las propias gestantes, aunque sigue siendo superior al de la población general (5-10%). □ En consecuencia, consideramos que la presencia de trastornos del estado de ánimo debe ser explorada durante el embarazo (no tan sólo en el puerperio), tanto en las gestantes como en sus parejas.

BIBLIOGRAFÍA:

□ Jadresic ME, Jara VC, Araya BR. Depresión en el embarazo y el puerperio: estudio de factores de riesgo. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat.* 1992; 39(1):63-74. □ Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V, the ALSPAC Study Team. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord.* 2004; 80:65-73. □ Ross LE, Steel L, Sapiro B. Perceptions of predisposing and protective factors for perinatal depression in same-sex parents. *J Midwifery Womens Health.* 2005; 50(6):65-69. □ Sanders LB. Assessing and managing women with depression: a midwifery perspective. *J Midwifery Womens Health.* 2006; 51(3):185-191. □ Littleton HL, Radecki Breitkopf C, Berenson AB. Correlates of anxiety symptoms during pregnancy and association with perinatal outcomes: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2007; 196(5):424-432. □ Cooper WO, Willy ME, Pont SJ, Ray WA. Increasing use of antidepressants in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2007; 196(6):544e1-e5. □ Records K, Rice M. Psychosocial correlates of depression symptoms during the third trimester of pregnancy. *JOGN Nurs.* 2007; 36(3):231-242. □ Pimentel Sarzuri B. Ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en embarazo de alto riesgo obstétrico en el hospital materno infantil de la C. N. S., La Paz- Bolivia. *Revista Pacea de Medicina Familiar.* 2007; 4(5):15-19. □ Westdahl C, Milan S, Magriples U, Kershaw TS, Schindler Rising S, Ickovics JR. Social support and social conflict as predictors of prenatal depression. *Obstet Gynecol.* 2007; 110:134-140. □ López-Valverde M, Fernández I, Páez D, Ortiz A, Alvarado R. Ansiedad ante el embarazo y afrontamiento de confrontación y evitación en mujeres sometidas a la prueba de amniocentesis. *Boletín de Psicología nº 70.* Disponible en URL: <http://www.uned.es/dpto-psicologia-social-y-organizaciones/paginas/profesores/ltziar/Valverde.pdf> p 65-78. [Consultado el 23-08-2008] □

AUTOR/ES:

Díaz Sánchez V, Garcia Huete ME, Marín Morales D, Campo Cecilia E, Cabrera Artacho MD

TÍTULO:

Identidades cruzadas: Implicaciones en la construcción social del duelo en el aborto espontáneo

TEXTO DEL TRABAJO:

Este trabajo surge en el contexto de nuestro servicio de urgencias obstétrico del Hospital de Fuenlabrada. Todas las mujeres que habían experimentado una pérdida de un embarazo presentaban en mayor o menor medida una crisis personal. La asistencia recibida por la mujer se centra en aspectos biológicos y los aspectos psicológicos y sociales eran a menudo reducidos al consejo de un nuevo y rápido embarazo. Hasta aquí, no estábamos cuestionando nuestra propia labor enfermera, hasta que se comenzó a apreciar un tipo de mujeres con historia de abortos espontáneos previos que se volvían a embarazar y desarrollaban una relación patológica con su propio cuerpo que les hacía vivir el nuevo embarazo como una angustiosa enfermedad, y unido al desarrollo de una conductas de dependencia hacia la asistencia sanitaria de urgencias que las hacía frecuentadoras habituales del servicio. A partir del conocimiento tácito de estas situaciones, profundizamos en el asunto y realizamos una investigación secundaria sobre las consecuencias psicológicas y sociales producidas después de un aborto espontáneo. De tal manera, que lo primero que encontramos en la literatura es la elevada incidencia de este fenómeno, De todos los embarazos que se generan entre el 14% al 18% de ellos terminan en un aborto espontáneo, es un dato interesante a considerar, que apoya de algún modo la situación que estamos viviendo en la urgencia (1). Partiendo de que la relevancia de este fenómeno, apoyado por literatura científica, empezamos a indagar sobre los factores psicológicos y sociales que influía en esta situación. Lo interesante del tema es que la mayoría de autores revisados coincidían en conceptualizar el aborto espontáneo como un acontecimiento vital estresante para la mujer (2), de tal forma que la aflicción de estas mujeres es muy compleja y puede ser difícil de resolver, hasta el punto de provocar secuelas psicológicas que afecten a embarazos a posteriores y a su relación materno-filiares futuras (3,4). Estos datos eran importantes para el equipo, en la medida que explicaban las conductas de las mujeres que acudían a nuestra urgencia con historias de abortos previas. En nuestra revisión apareció un concepto fundamental para nuestro estudio, el apoyo social que en toda la literatura describía como reductor o amortiguador del estrés (5, 6). Además, de la importancia del desarrollo de mecanismo de afrontamiento adecuado y el más importante en este contexto tenía que ver con la construcción del duelo ante la pérdida fetal (7). Objetivo general: Conocer las diferentes vivencias del duelo en las mujeres con pérdida fetal espontánea en el primer trimestre de gestación. Objetivos específicos: 1. Identificar las diferentes representaciones sobre la maternidad, la vida y la muerte de las mujeres con abortos espontáneos. 2. Explorar las percepciones sobre el cuerpo femenino de las mujeres. 3. Comprender la relación que existe entre los mecanismos de afrontamiento ante un embarazo no evolutivo y las representaciones sobre la maternidad, la muerte y la corporalidad. Método: Este estudio tiene un carácter exploratorio, utilizando una estrategia de tipo cualitativa y fenomenológica, con perspectiva de género. Se trata de una estrategia inductiva que, a partir de la realidad de los participantes, permitió comprender la vivencia de los mismos y nos ayudó a identificar las áreas prioritarias de interés (8). Ámbito de estudio: el entorno del servicio de urgencias obstétricas del Hospital de Fuenlabrada, siendo éste el de referencia de los municipios de Fuenlabrada, Humanes y Moraleja de En medio, pertenecientes al área 9 de la Comunidad de Madrid. Sujetos de estudio: el muestreo fue teórico, a través de la codificación selectiva según categorías preconcebidas. Siendo los participantes del estudio las mujeres diagnosticadas de embarazo no evolutivo atendidas en urgencias obstetricas del Hospital de Fuenlabrada; así como, el personal de urgencias, quirófano y reanimación. Procedimientos: Trabajo de campo. La recogida de datos se planteó en tre fases consecutivas y lo sprocedimientos seleccionados fueron la observación participante (contexto etnograficos y observación intensiva), 16 entrevistas en profundidad y

9 entrevistas semiestructuradas al personal de enfermería. Análisis de los datos: La conducción teórica de los datos fue inductiva (12). Para ello hemos recurrido a la etnografía y demografía, como forma de acercarnos al análisis de los contextos de los municipios de Fuenlabrada, Humanes y Moraleja de Enmedio; y a la teoría fundamentada, siguiendo a Corbin y Strauss, como herramienta para el análisis de contenido de los discursos de los participantes (13). Se utilizó el programa informático atlas ti. 5.0. Consideraciones éticas: todos los participantes han sido informados verbalmente por el equipo investigador y han firmado el consentimiento informado, aprobado por CEIC del Hospital de Fuenlabrada. Se garantizó en todo momento la confidencialidad y anonimato de los datos. Resultados: Es así, que en nuestro estudio se ha aislado tres identidades sociales de mujer: mujer ama de casa, mujer adaptativa y mujer competitiva. Cada una de estas identidades representadas, tenían unos factores de vulnerabilidad psicosocial y una concepción específica de la maternidad, que condicionan el manejo de su proceso de duelo. La mujer ama de casa, circunscrita al ámbito familiar, la concepción de maternidad que maneja es la maternidad intensiva, en el que la mujer siente cómo requisito fundamental en la maternidad la dedicación exclusiva directa, compatibilizándolo con su rol de cuidadora del entorno familiar en general. Aquí, "ser mujer es ser madre". "Ser mujer es cuidar". La mujer adaptativa es la más abundante en nuestra muestra, correspondiendo a la población de mujeres trabajadoras fuera del hogar. Su identidad va tomando forma en relación a su rol, es una cesión a cambio de un reconocimiento. Así, la maternidad, es denominada simbiótica, pues dota a la mujer adaptativa de un reconocimiento único y propio inherente a la propia mujer por el que espera verse recompensada y reconocida. "Ser madre es lo normal", la maternidad acerca a estas mujeres a lo concebido, al código que le marca su identidad femenina, en el que la maternidad es vivida en términos de compromiso con las normas. La mujer competitiva: este modelo femenino otorga especial importancia al principio de igualdad de los individuos. La moral del éxito se antepone a otras consideraciones. El modelo de convivencia es la familia mínima, a través del individualismo compartido se relacionan. Aquí la maternidad es representada a través de maternidad suscrita, que hace referencia a una identidad de mujer que entre sus capacidades se plantea la de ser madre pero siempre de una forma que no menoscabe el resto de sus dimensiones sociales. Cada una de las maternidades tenían un denominador común: la maternidad paradójica o maternidad vivida como conflicto, es así que cada mujer independientemente de su edad o estrato social vivía la maternidad como una amenaza a su propia identidad femenina. Las mujeres estaban en una búsqueda continua del equilibrio entre las contradicciones de su ideal de género y las exigencias de sus condiciones de vida. De esta forma, el duelo en cada una de las mujeres de nuestro estudio está desencadenado por la amenaza a la identidad femenina/ a su identidad de género. Sirviéndonos estas tres identidades como guía para identificar los diferentes factores de vulnerabilidad que condicionarán el impacto de la pérdida y la capacidad de construcción de un duelo terapéutico en estas mujeres. De modo que el duelo en la identidad de ama de casa, está construido sobre la amenaza a una identidad que no se diferencia de su rol social, aquí "ser mujer es ser madre" "Ser en". La maternidad intensiva es el contenido fundamental en la configuración de su identidad. Su cuerpo es el portador de su identidad. Un cuerpo dificultador de su identidad femenina, es un cuerpo fallido/defectuoso que no funciona, fuente de culpabilidad que no ha permitido que su bebe crezca. En estas mujeres el embrión es "el niño no nacido", es un sujeto simbólico y social que le permite el desarrollo de sentimientos de tradición y continuidad en estas mujeres. Este sentimiento, como sanitarios lo estamos reforzando, con el uso que se hacemos de la tecnología, puesta al servicio del cuidado y seguimiento del embarazo, sobre todo a través de la ecografía. Duelo en la identidad adaptativa: está construido sobre una amenaza a la normalidad, la maternidad simbiótica la dota de reconocimiento e identidad como mujer. El aborto refleja un proceso anormal que le resta identidad. A diferencia de la mujer ama de casa, su rol e identidad están diferencias, no confundidas, pero en relación de dependencia mutua. "Si soy madre soy más mujer". Es un "ser por". Preocupación por el cuerpo que no funciona asociado frecuentemente al concepto de reloj biológico, a un cuerpo con fecha de caducidad. De tal forma que, estas mujeres siente su cuerpo defectuoso, agravado por su sentimiento de culpabilidad por el hecho de haber postergado la maternidad, pues son mujeres con embarazos a edades más maduras que las amas de casa del estudio. El feto es un niño en la construcción social del embarazo de estas mujeres, también ayudado por la ecografía. al embrión no se le considera parte de su cuerpo sino que está en su cuerpo. Duelo en esta identidad viene acompañado de la insatisfacción de su

rol de supermujer, que le enfrenta durante su pérdida a los valores que lo sustentan. Ritmo productivo y consumista de su vida cotidiana. Es "mujer para". Las mujeres de este modelo su identidad queda subordinada por el rol social, convirtiéndose ella misma en norma referencial. El aborto les refleja su incompetencia para poder llegar a todo y hacerlo bien. Su cuerpo es vivido como instrumento de trabajo que hay que conservar y cuidar además de cómo proveedor de la maternidad ideal planteada. Es así como el cuerpo es idealizado en tanto capacidades preconcebidas y reñido en tanto las posibilidades que ofrece en la realidad. En este tipo de modelo de mujer el embrión no está tan claramente definido como identidad diferenciada y distinta de la propia corporalidad de la mujer. Discusión: La amenaza a la identidad femenina que ha aflorado en cada uno de los duelos descritos, es fruto de la visión de la mujer objeto de lo social, en el que los proyectos y modelos preconcebidos, inciden en la mujer, alejándola de sus deseos y buscando necesidades que satisfagan las expectativas de su identidad de referencia y no las propias. Esto tiene consecuencias, es lo que algunos autores han llamado la caída del sujeto (10). La mujer que aborta espontáneamente es colocada en una posición forzosamente pasiva favoreciendo la frustración existencial, sus identificaciones se tambalean y surge una desestructuración de su ser que dificulta la construcción del duelo. Es así, que el cuidado formal recibido en las instituciones sanitarias es vivido como un acto burocrático y centrado en la situación biológica, es lo que algunos autores han llamado la cosificación biológica y física de los procesos de salud (11). Se busca la objetividad fantasmal del problema de salud de la mujer, negando las relaciones sociales que las posibilitan. La cosificación se cree ayudar, involucrando el sentimiento de culpa con la enfermedad. Pero la mujer necesita la búsqueda del porqué del fenómeno y la objetivación la que se la somete, la aleja de esta búsqueda y de una adecuada construcción de su proceso de duelo. Implicaciones para la práctica clínica: El hallazgo fundamental de este estudio es la ampliación de la construcción del duelo como fenómeno social y cultural, este hallazgo sirve de herramienta para la enfermería clínica en el manejo del duelo, implementando un plan de mejora de la atención a estas mujeres en nuestro hospital, a través del pilotaje del método de intervención biopsicosocial y de subjetivación en la atención a la mujer en

BIBLIOGRAFÍA:

1. Wilcox AJ, Weinberg CR, O'Connor JF, Baird DD, Schlatterer JP, Canfield RE, et al. Incidence of early loss of pregnancy. *N.Engl.J.Med.* 1988 Jul 28; 319(4):189-194.
2. Sarason IG, Johnson JH, Siegel JM. Assessing the impact of life changes: development of the Life Experiences Survey. *Consult.Clin.Psychol.* 1978. Oct; 46(5):932-946.
3. Bergner A, Beyer R, Klapp BF, Rauchfuss M. Pregnancy after early pregnancy loss: a prospective study of anxiety, depressive symptomatology and coping. *J.Psychosom.Obstet.Gynaecol.* 2008 Jun;29(2):105-113
4. Palacio R, Rubio JL, Nicolas M, López N. Morbilidad psicológica después de un aborto espontáneo. *Psiquis.* 1997; 18 (10): 405-413.
5. Swanson KM, Karmali ZA, Powell SH, Pulvermakher F. Miscarriage effects on couples' interpersonal and sexual relationships during the first year after loss: women's perceptions. *Psychosom.Med.* 2003 Sep-Oct;65(5):902-910.
6. Hori S, Nakano Y, Yamada A, Azuma H, Noda Y, Sugiura M, et al. Personality, social support, coping and emotional distress after repeated spontaneous abortions. *J.Psychosom.Obstet.Gynaecol.* 2002 Jun; 23(2):133-140.
7. Rodríguez Rodríguez C. La muerte representada e integrada en el duelo. *Cul cuid [revista digital]* 2001. [consultado el 22 de marzo 2006]. Disponible en: http://www.index-f.com/cultura/9revista/9_articulo_45-48.php.
8. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 1998.
9. Staruss, Corbin J. Bases de la Investigación cualitativa. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia; 2002
10. Moreno E. Banalidad o angustia en el hombre contemporáneo. En: Moreno E (Comp.) 14 conferencias sobre el padecimiento psíquico y la cura psicoanalítica. Madrid: biblioteca nueva, 2000.
11. Taussig M. La reificación y conciencia del paciente. En: Un gigante en convulsiones. Barcelona: Editorial Gedisa, 1995.

Mesa de comunicaciones 21 / Concurrent session 21: Personas mayores y procesos crónicos / Elderly and chronic care

AUTOR/ES:

Teresa Cristina Prochet
María Julia Paes da Silva

TÍTULO:

PROXÉMICA: LAS SITUACIONES RECONOCIDAS POR LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES HOSPITALIZADAS QUE CARACTERIZAN LA INVASIÓN DE SU ESPACIO PERSONAL Y TERRITORIAL

Introducción

La comunicación no verbal nos auxilia para que los sentimientos y los pensamientos sean expresados, revelando también la coherencia entre la intención y el discurso. Se puede citar que los objetivos de la comunicación no verbal son: complementar, contradecir o sustituir lo verbal y/o aún, demostrar y reconocer los sentimientos¹.

Para alcanzar una comunicación efectiva, los profesionales de salud necesitan comprender mejor los factores de interferencia en la percepción de las señales no verbales. De manera resumida, ellos son: la motivación que impulsa el querer comunicarse; las emociones y sentimientos que se vivencian en el momento y en el contexto; el conocimiento en sí de las señales de la comunicación; el grado de intimidad y de aproximación del emisor; el tiempo de estímulo presentado, así como, las limitaciones físicas y fisiológicas presentes¹.

Urge que se entienda que cuidar de un individuo hospitalizado no sólo afecta su físico, sino principalmente su identidad². Así, conocer los mecanismos y las dimensiones de la comunicación que pueden facilitar el desempeño de las funciones profesionales en relación al paciente, bien como mejorar la relación entre los propios miembros del equipo que cuida de él, no sólo es relevante, es imprescindible para el alcance de la asistencia efectiva/afectiva.

Es conocido que el uso del espacio es un medio de comunicación no verbal que influye en la relación interpersonal. La proxémica estudia el significado social del espacio, o sea, estudia como el hombre estructura consciente o inconscientemente su propio espacio^{2,3}

Existen dos conceptos importantes a ser registrados en el estudio de la proxémica: espacio personal y territorialidad. El primero se refiere a cuanto nuestro cuerpo aguanta la proximidad de alguien ("burbuja invisible"), variando de acuerdo con el tipo de relación establecida y el ser mantenida con el otro. El segundo, representa el área que una persona reivindica como siendo suyo, defendiéndola de los otros (personas u otra especie)²⁻³.

La población adulta mayor representa una clientela cada vez más presente en los servicios de salud, de ahí la necesidad de aprender a cuidar de las especificidades envueltas y en concientizarnos de la fuente benéfica que la comunicación puede traernos. El equipo de enfermería debe procurar entender que el comportamiento del adulto mayor, cuando está hospitalizado, puede sufrir alteraciones como desorientación, no aceptación del tratamiento y de los cuidados, entre otros. Muchas veces el equipo considera al adulto mayor como rebelde, agitado, confuso, cuando en verdad, él puede estar presentando dificultades de adaptación al medio ambiente, que no son propias de él, o por estar junto a personas con las cuales no convive⁵. Así, es importante que el equipo esté atento para lo que esta invisible u oculto por detrás de las quejas, rebeldías y agitaciones de los adultos mayores.

Los profesionales de salud deben estar atentos a las necesidades básicas del adulto mayor, sus puntos fuertes y sus limitaciones. Ser sensible posibilita ampliar el abanico perceptivo y no restringirse a las formas convencionales de usar los sentidos. Actuar de ese modo, no sólo facilita la promoción de la salud, sino también impide que se instale un daño mayor en la salud del adulto mayor. Utilizar mecanismos de comunicación interpersonal es uno de los caminos que estrechan esa posibilidad y, consiguientemente pueden proporcionar al adulto mayor una asistencia más adecuada, capaz de satisfacerlo⁶.

Delante de lo expuesto, investigar como los adultos mayores se sienten en relación al espacio personal y territorial durante su hospitalización, representa una contribución en la búsqueda de la calidad de la asistencia tan deseada y esperada. La pregunta norteadora del estudio se basa en: - ¿Cuáles son las percepciones que el adulto mayor hospitalizado tiene sobre su espacio personal y territorial? La mencionada investigación se arraiga en los estudios desarrollados sobre comunicación no verbal² y en la Teoría Proxémica³ que estudia el uso humano del espacio en la comunicación.

Objetivo

- Identificar las situaciones que caracterizan invasión del espacio territorial y personal, por pacientes adultos mayores hospitalizados.
- Identificar las situaciones donde, a pesar de haber invasión del espacio personal y territorial, el adulto mayor pueda considerarlas agradables.

Método

Estudio de tipo exploratorio, descriptivo, transversal y de campo, desarrollado en un hospital público del interior de Sao Paulo, Brasil. Realizado en 2007 con pacientes adultos mayores internados como mínimo 48 horas y en capacidad mental. Después de la aprobación del proyecto por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos y la firma del Compromiso de Consentimiento Informado, la recolección de datos fue realizada mediante la aplicación de los siguientes instrumentos: cuestionario para caracterización del adulto mayor y Escala de Medida del Sentimiento frente a la Invasión del Espacio Territorial y Personal – EMS-FIETEP validado en el Brasil⁴. La referida escala está compuesta de situaciones y cada situación puede asumir siete tipos diferentes de respuestas/reacciones. La escala está subdividida en dos: la primera específica para evaluación del espacio territorial (19 situaciones) y la segunda, para evaluación del espacio personal (14 situaciones). Seguidamente, se le preguntó al paciente si podía contar algún incidente ocurrido durante su hospitalización que estuviera relacionado a la invasión personal o territorial, y como se sintió él.

Resultados

Durante el periodo de recolección de datos se obtuvo 30 pacientes que se ajustaban a los criterios de selección, 66,7% de sexo masculino y 33,3% de sexo femenino; con edades entre 60 y 82 años, siendo el promedio de 68 años. La medida de escala de Folstein⁷ fue de 24,2 puntos (18 y 28 fueron los límites inferior y superior). Con respecto a los años de estudio, 86,7% tenían hasta 4 años. En relación al estado civil 60% eran casados, 23,3% viudos, 10% divorciados y sólo 6,7% eran solteros. En relación al número y tipo de personas que viven con los adultos mayores investigados, los datos revelaron que 16,7% vivían solos. Según la escala que determina la extensión y el grado de dependencia propuesta por Waldow⁸ que usa como criterios de evaluación: deambulación, motilidad, cuidado corporal, condición mental, control de esfínter y alimentación; se constató que la mayoría era independiente (90%). Sobre las experiencias de hospitalizaciones en el último año, 60% describieron haber tenido por lo menos una.

De los 30 adultos mayores entrevistados, seis respondieron que “no recordaban” y quince “no tuvieron” cuando preguntados sobre los incidentes negativos relacionados a la invasión del espacio personal y del espacio territorial. Cuatro adultos mayores relataron que sucedieron cosas desagradables, pero que eran irrelevantes o “cuando se está internado, se debe aceptar todo lo que sucede” durante su estadía. Esos adultos mayores no quisieron contar esas ocurrencias, se limitaron solamente a comentarlas. Los demás, cinco adultos mayores (16,6%) relataron incidentes negativos, siendo que tres de ellos están directamente relacionados a la invasión del espacio territorial y dos a la invasión del espacio personal.

El cuestionario sobre invasión personal y territorial reveló que las situaciones consideradas más desagradables indicadas por los pacientes adultos mayores se refieren al irrespeto y el cambio del espacio físico expresa cuando no, la autorización del adulto mayor: el personal de enfermería manipula la gaveta donde están guardadas sus cosas personales (73,4%) y cuando, la mesita de cabecera es cambiada de lugar a una posición que él no puede alcanzar (56,7%). Además, fue mencionado por los pacientes lo desagradable que es cuando están durmiendo, que el personal de enfermería encienda la luz del cuarto para atender al paciente del costado, interrumpiendo así su descanso y sueño (48,9%). Las dos situaciones de invasión del personal consideradas más desagradables por los adultos mayores son aquellas cuando “el personal de enfermería realiza un procedimiento técnico en una región más íntima, sin colocar un biombo” (83,3%) y cuando el “equipo de enfermería cambia la ropa sin colocar el biombo” (76,7%).

Discusión de Datos:

Basados en la teoría proxémica se puede afirmar que el control del espacio territorial por el cliente contribuye en su satisfacción de la necesidad de identidad y de seguridad³. Es imperioso que los profesionales de enfermería incentiven a los clientes en la delimitación de su espacio territorial y que respeten sus objetos personales. El equipo de enfermería, con el fin de minimizar la invasión, debe prestar atención al manipular el ambiente, por ejemplo: verificando la intensidad y dirección de la luz en el cuarto, y además evitando hacer ruidos al atender a los pacientes cercanos.

Cuando el cliente es "invadido" sin necesidad, o sea expuesto innecesariamente, él puede interpretar que el personal es indiferente a su confort y dignidad ocasionando molestias, inquietud y ansiedad. Se verificó que los pacientes, muchas veces se sienten humillados al necesitar despojarse de sus ropas o al ser ayudados en su higiene frente a los profesionales. Con todo eso se sabe que las características peculiares del trabajo de enfermería terminan promoviendo la invasión del espacio personal del cliente; pero es responsabilidad del profesional proporcionar privacidad y minimizar las reacciones adversas producto de esta invasión. Se puede resaltar aquí uno de los principales fundamentos de la ética del profesional de enfermería, que es el de respetar la vida, la dignidad y los derechos humanos, en todas sus dimensiones por medio del deber y responsabilidad de "respetar el pudor, la privacidad y la intimidad del ser humano". Por lo tanto, reconocer al adulto mayor como un individuo, y garantizarle la mínima exposición desnecesaria de su cuerpo, utilizando los recursos existentes, como el biombo, constituyen una acción ética.

Comparando los datos obtenidos en las dos sub-escalas del instrumento validado en el Brasil⁴ se puede verificar que la mayoría de los clientes se interesó más con la invasión territorial de que con la invasión personal. Una de las justificaciones de ese resultado es dada por el hecho de estar el individuo hospitalizado y ya poseer conciencia anticipada de la necesidad de aproximación física requerida en los momentos de cuidados por el equipo de enfermería⁹. Según las autoras, esto hace con que los adultos mayores presenten mayor grado de aceptación (tolerancia) cuando son invadidos en su espacio personal.

Conclusiones y consideraciones finales

En este estudio se verificó que las relaciones de desagrado de los adultos mayores hospitalizados frente a las situaciones que caracterizan invasión del espacio territorial, fueron vinculadas al irrespeto y al cambio sin consulta/permiso de su espacio físico, de su territorio. Ya las situaciones desagradables apuntadas por los adultos mayores referentes a la invasión de su espacio personal, fueron aquellas ligadas a la exposición de partes íntimas durante la realización de los procedimientos. Las situaciones agradables relatadas por los adultos mayores, a pesar de haber invasión del espacio personal, son las que ocurren con el toque afectivo en miembros superiores, a veces aisladamente, a veces aliado a actividades de orientación profesional.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.Silva MJP. O aprendizado da linguagem não-verbal e o cuidar. In: Stefanelli MC, Carvalho EC, organizadores. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. São Paulo (SP): Manole; 2005. p.47-61.
- 2.Silva MJP. Comunicação tem remédio. São Paulo (SP): Loyola; 2002.
- 3.Hall ET. A dimensão oculta. Lisboa (PT): Relógio D'Água; 1986.
- 4.Sawada NO, Galvão MC, Mendes IAC. Invasion of the personal territory and space of the hospitalized patient: adaptation of na instrument of measure to brazilian culture. Rev. Latino-Am. Enfermagem 1998; 6(1):5-10.
- 5.Botelho MIS, Leite MM, Lourdes MC. O significado do envelhecer no olhar do idoso. Revista da Universidade Católica de Goiás 2002; 29(5):1365 – 94.
- 6.Teixeira ER. A crítica e a sensibilidade no processo de cuidar na enfermagem. Esc Anna Nery R Enferm 2004; 8(3):361-9.
- 7.Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR. Mini-Mental State: a practical method of grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatry Res 1975; 12(3):189.
- 8.Waldow VR. Determinação do nível de dependência em enfermagem junto a idosos institucionalizados de Porto Alegre. Rev Gaúcha Enferm 1987; 8(1): 46-73.
- 9.Mazo GZ, Benedetti TB, Vasconcelos EMR, Portella M, Silva TMS, Gonçalves LHT. O processo de viver envelhecendo no novo milênio. Texto Contexto Enferm. 2003 Jul-Set; 12 (3): 361-9.

AUTHOR/S:

Sonia Hines, Judy McCrow, Sue Gledhill, Professor Jenny Abbey

TITLE:

THICKENED FLUIDS FOR PEOPLE WITH DEMENTIA IN RESIDENTIAL AGED CARE FACILITIES: A COMPREHENSIVE SYSTEMATIC REVIEW

TEXT:**1.- Objectives**

Thickened fluids are routinely given to residents with dementia in aged care facilities, however best practice in relation to this has not yet been established. The aims of this review were: 1) to establish factors associated with the prescription and administration of thickened fluids for this population; 2) assess the effectiveness of administering thickened fluids for this population in terms of adequate hydration, mortality, morbidity and patient comfort; 3) explore the attitudes of people with dementia in RACFs and their family/carers regarding the administration of thickened fluids; 4) explore the attitudes of staff regarding the administration of thickened fluids for people with dementia in RACFs.

2.- Methods

The review considered English-language studies published 1995 - 2008, which examined the oral administration of fluids thickened with commercial thickening agents for the purpose of increasing the viscosity of the liquid to minimise the chance of aspiration for persons with dementia in residential aged care facilities. These fluids included energy/nutritional supplements, juice, water, tea, coffee, cordial, and milk drinks. A wide range of databases were searched, including, but not limited to, MEDLINE, CINAHL, PubMed, Embase, Ageline, and Dissertations and Theses. Grey literature and websites were also searched. Non-indexed journals were hand-searched. The searches were adapted from the Medline search strategy using the following keywords: dementia, alzheimer's disease, vascular dementia, deglutition disorders, dysphagia, energy intake or oral nutrition, diet therapy or dietary proteins, thick* agent or thick* liquid or thick* beverage, modified* agent or modified* liquid or modified* beverage, modified* fluid or modified* drink or thick* fluid or thick* drink, nurs* home or resident* facility or home* for age* or long-term care or age specific care. Relevant articles were retrieved and critically appraised by two reviewers using the Joanna Briggs Institute's MASTARI, QARI and NOTARI tools. Data were then extracted by two reviewers from articles that met the inclusion and quality criteria, using the MASTARI, QARI and NOTARI extraction tools. Results were not meta-analysed, due to significant heterogeneity of study designs and interventions, but are presented in narrative form instead.

3.- Findings

102 papers were identified for retrieval. Following the review process outlined above fourteen papers were included for the final review. This consisted of one qualitative and eight quantitative studies and five textual papers. Due to significant heterogeneity statistical pooling was not possible. Findings were therefore summarised in narrative form.

The administration of thickened fluids appears to occur largely on an ad-hoc basis, despite there being a high prevalence of dysphagia within this population. Staff within the facilities have difficulty producing thickened fluids of a consistent viscosity, which can lead to aspiration, pneumonia and even death of vulnerable persons. The data suggests that persons receiving thickened fluids are at risk of dehydration unless water intake is appropriately monitored. Due to behavioural issues this is difficult in people with dementia. The practice of adding infant cereals to fluids as a thickening agent cannot be recommended as it may lead to dehydration and folate deficiencies. One included paper found that 75% of the participants responded in favour of having modified fluids. This was in preference to enteral feeding. However, these results were from the "non-demented" portion of the sample, but it was theorised the views could also be used to represent the entire sample. Opinions from staff highlighted the need for appropriate education and the use of trained staff and consultation with experts. No includable studies were found which examined the acceptability of taste, texture, the attitudes of family or carers, patient comfort and/or mortality rates solely in relation to intake of thickened fluids.

4.- Discussion

The objectives of this systemic review were not fully met as there was very limited data found in relation to the topic reviewed. Most included studies had mixed populations of residents with and without dementia, making dementia-specific results impossible to quantify.

Implications for Clinical Practice: Residents with dementia are likely to display challenging behaviours during feeding. Therefore, it is recommended that nursing and other care staff be given education specific to the safe administration of thickened fluids, in particular, methods used to thicken fluids. Procedures should be instituted to ensure residents are served fluids of a consistent and appropriate thickness. This may involve consultation with nutritionists and/or speech pathologists. From the retrieved data, evidence based best practices cannot be concluded. It may be cautiously inferred that thickened fluids are effective for residents with dementia if set guidelines are instituted.

AUTOR/ES:

Lucy Barrera Ortiz*, Natividad Pinto Afanador** y Beatriz Sánchez Herrera***

TÍTULO:

Evaluación de un Programa para Fortalecer a los Cuidadores Familiares de Enfermos Crónicos

TEXTO DEL TRABAJO:

El objetivo del estudio fue evaluar la efectividad del programa "Cuidando a los cuidadores", un programa desarrollado para fortalecer la habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica.

Este estudio retoma planteamientos conceptuales de Nkongho y Newman Los primeros, señalan que la habilidad de cuidado es el potencial de cuidado que tiene la persona adulta que incluye una dimensión cognoscitiva y una actitudinal identificadas y medidas con indicadores de conocimiento, valor y paciencia; la habilidad vista así puede evaluarse a través de la comunicación directa con cada persona. Fortalecer la habilidad de cuidado facilita la responsabilidad del cuidador (1). Los segundos, establecen la salud como una totalidad que incluye expresiones de enfermedad y de no enfermedad y aceptan que el individuo se expresa a través de un patrón (2-3). Las personas que viven con enfermedad crónica y sus cuidadores tienen sus propios patrones y reconocerlos es una forma de crecer que se relaciona con la capacidad de cuidado.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se realizó en Bogotá entre los años 2004 y 2005 con 250 cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. El diseño fue cuasiexperimental, dividiendo el total de cuidadores en dos grupos, uno de estudio y otro de control. Para respetar su agrupación natural no se asignaron los cuidadores a los grupos en forma aleatoria.

Los sujetos del estudio eran adultos que cumplían funciones de cuidado de un familiar con enfermedad crónica y fueron remitidos a la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia desde diversas instituciones de salud del país, para ser atendidos de manera grupal o individual. Conformaron el grupo de estudio 125 de estos cuidadores vinculados al programa "Cuidando a los cuidadores". El grupo control se constituyó con otros 125 cuidadores familiares de características similares que no fueron vinculados a ese programa.

La medición inicial y final de la habilidad del cuidador familiar para cuidar se realizó con el inventario de habilidad de cuidado, CAI®, (por sus siglas en inglés). Este instrumento tiene 37 ítems con graduación de tipo Likert y se compone de tres subescalas: conocimiento, valor y paciencia (1). Su validez es de 0.80 y su confiabilidad de 0.84. Esta confiabilidad se ratificó con población colombiana. Se incluyeron además preguntas generales para caracterizar a los cuidadores y se utilizó el perfil PULSES para hacer la valoración funcional del receptor. Este perfil permite cuantificar el grado de dependencia de una persona y ha sido empleado con éxito como herramienta de valoración clínica en situaciones de cronicidad (4).

La intervención sobre el grupo de estudio fue el programa "Cuidando a los cuidadores" desarrollado con base en la evidencia disponible para fortalecer su habilidad de cuidar. El mismo tiene una duración de 10 semanas con una intensidad de 3 horas semanales y atiende de forma simultánea un promedio de 20 cuidadores familiares. El programa está organizado con un material audiovisual y escrito que lo acompaña y cuenta con guías estructuradas en tres módulos de acuerdo con los componentes de la habilidad de cuidado.

La intervención del grupo control se hizo preguntando a los usuarios qué tópico o actividad de su interés relacionada con su rol de cuidadores querían tratar. Este grupo no recibió un material educativo específico. Los encuentros con este grupo fueron en promedio 10 por grupo durante los doce meses del estudio.

El escenario de la intervención terapéutica dependió en ambos grupos de la necesidad y ubicación de los cuidadores. Las variables de confusión se controlaron al tomar grupos muy similares en todas sus características, y dar a un grupo el programa "Cuidando a los cuidadores" y al otro una intervención convencional.

El estudio consideró los aspectos éticos referentes al costo beneficio, el consentimiento informado la participación voluntaria y manejo confidencial de la información.

La comparación de los dos grupos estudiados se realizó en cada tiempo (inicial y final) utilizando la estadística t de student con chequeo previo del supuesto de homogeneidad de varianzas. Por otra parte, cada grupo fue comparado antes y después de la intervención por medio de la estadística t-pareada. Los datos obtenidos a través de los cuestionarios iniciales y finales se incorporaron a una matriz creada en Microsoft Excel y se procesaron en el software estadístico MINITAB versión 14.0, con el cual se generaron estadísticas descriptivas e inferenciales. Las hipótesis planteadas fueron verificadas a un nivel de confianza del 95 %.

RESULTADOS

Características de los cuidadores

En el grupo de estudio, de 125 cuidadores, el 80,8 % de las personas asistían a servicios ambulatorios o se encontraban en el hogar y el 19,2 % al servicio de Hospitalización. El 18,4 % de los cuidadores eran hombres y un 81,6 % corresponde a mujeres. La edad del cuidador estaba entre los 18 y 35 años en el 35,2 % de los casos, entre 36 y 59 años el 45,6 % y eran mayores de 60 en 19,2 % de los casos. La edad del paciente era superior al rango de la edad de su cuidador en el 35,2 % de los casos, en el mismo rango de la edad del cuidador en el 1,6 % y de edad inferior al rango del cuidador en el 63,2 % de los casos. El 14,6 % de los cuidadores tenían una experiencia de 0 a 6 meses, el 16,8 % de 7 a 18 meses, 16,0 % de 19 a 36 meses y 52,8 % tenían mas de 37 meses de experiencia en el cuidado. El nivel de funcionalidad medido a través del perfil PULSES reportó que tenían un bajo nivel de dependencia el 68,8 % de los casos, un nivel medio el 6,4 % y un alto nivel de dependencia el 24,8 % de los casos.

En el grupo control con el mismo número de 125 cuidadores, se encontró que el 47,9 % de las personas asistían a servicios ambulatorios o se encontraban en el hogar y el 52,1 % al servicio de hospitalización. El 19,1 % de los cuidadores eran hombres y un 80,9 % corresponde a mujeres. La edad del cuidador estaba entre los 18 y 35 años en el 46,8 % de los casos, entre 36 y 59 años el 27,7 % y eran mayores de 60 el 25,5 % de los casos. La edad del paciente era superior al rango de la edad de su cuidador en el 39,4 % de los casos, en el mismo rango de la edad del cuidador en el 17,0 % y de edad inferior al rango del cuidador en el 43,6 % de los casos. El 44,7 % de los cuidadores tenían una experiencia de 0 a 6 meses, el 20,2 % de 7 a 18 meses, 12,8 % de 19 a 36 meses y 22,3 % tenían mas de 37 meses de experiencia en el cuidado. El nivel de funcionalidad medido a través del perfil PULSES reportó que tenían un bajo nivel de dependencia el 28,0 % de los casos, un nivel medio el 23,4 % y un alto nivel de dependencia el 48,8 % de los casos.

Habilidad de cuidado de los cuidadores

La habilidad de cuidado de los cuidadores fue analizada de manera total y por componentes. En el primer análisis (CAI total), se encontró que en el grupo de estudio y en el control incrementaron su valor promedio de la medición inicial a la final.

En el análisis por componentes se encontró, en la dimensión valor, cuyos resultados podrían encontrarse entre 13 y 91 que el grupo de estudio presentó una mediana de 50 en su medición inicial con una DS de 13,5 y una mediana 55,3 con una DS de 14,7 en su medición final. El grupo control pasó de una mediana de 49,8 a 53,1 con DS de 14,7 en la medición inicial a 11,3 en la final.

En el componente conocimiento cuyos resultados podían oscilar entre 14 y 98 se encontró que la mediana en el grupo de estudio pasó de 81,3 en su medición inicial con una DS de 9,9 a 82,3 con una DS de 10,6 en su medición final. El grupo control pasó de 79,6 en su medición inicial con una DS de 11,5 a una medición final de 80 con una DS de 8,8.

En el componente paciencia cuyos posibles valores se encontraban entre 10 y 70 se encontró que en el grupo de estudio pasó de 60 con una DS de 6,7 en su medición inicial a 61,1 con una DS de 7,5 en su medición final. El grupo control pasó de 59,7 con una DS de 8,3 en su medición inicial a 58 con una DS de 6,5 en su medición final.

COMPARACIÓN DE LOS GRUPOS DE ESTUDIO Y CONTROL

Los grupos de estudio y control fueron comparados en cada momento (antes y después de la intervención) utilizando la prueba t de Student, considerando la característica aditiva de la escala utilizada en la que cada individuo obtiene un valor cuantitativo, y previo chequeo de normalidad y homogeneidad de varianzas en el grupo de datos.

Esta prueba permitió contrastar la hipótesis entre las medias de los grupos. En todas las dimensiones los grupos resultaron ser similares en el momento inicial del estudio y en CAI total y el componente paciencia los grupos resultaron ser diferentes en el momento final del estudio.

Al realizar la comparación del momento inicial vs. momento final en el CAI total y los componentes en cada grupo de estudio, se encontró en el grupo estudio que todas las categorías incrementaron su nivel, de las cuales el CAI total y el componente valor fueron estadísticamente significativas $P < 0.05$. En el grupo control, el componente paciencia disminuyó su nivel y el componente valor incrementó significativamente $p < 0.05$.

CONCLUSIONES

La presente investigación, con la evaluación positiva de un programa para el desarrollo de habilidades de cuidado dirigido a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica, genera un avance significativo que se suma a los reportados en la literatura, pero a diferencia de estos lo hace en América Latina. Los resultados aportan evidencia para recomendar el empleo del programa "Cuidando a los cuidadores" como una alternativa sencilla y viable para la región, que no implica altos costos y puede significar un cambio en el nivel de habilidad que los cuidadores requieren para asistir a un familiar que viva con enfermedad crónica.

El programa será replicado con enfermeros(as) que lideran la investigación y cualificación de esta práctica en los diferentes países y ciudades que se han unido a estos esfuerzos, para poder definir con los resultados de los mismos las necesidades sociales y de salud tendientes a mejorar la habilidad de cuidar de cuidadores de personas con enfermedad crónica. Son esfuerzos de esta naturaleza, sistematizados, metodológicamente soportados y colectivamente construidos los que la Universidad Pública está comprometida a mostrar como respaldo de su razón de ser cuando se tiene un norte en el fortalecimiento de la investigación y el desarrollo académico.

El artículo completo de este resumen fue publicado en la Revista de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia Vol. 8 No. 2, 2006.

En: <http://www.revmed.unal.edu.co/revistas/v8n2/v8n2pdf/v8n2a02.pdf>

BIBLIOGRAFÍA:

1. Nkongho N. Working- Out Caregiving Systems in African American Families. Applied Nursing Research 1996; 9(3):108-114.
2. Newman MA. The pattern that connects. Advances in Nursing Science 2002; 24(3):1-7
3. Picard C, Jones D. Giving Voice to What We Know. August, 2004, Jones & Bartlett Publishers, Inc. pp. 3-9.
4. Granger C, Greer D, Liset E, Coulombe J, O'Brien E. Measurement of Outcomes of Care for Stroke Patients. Stroke 1975; 6(1):34-41.

AUTOR/ES:

Redondo Pedraza, R; Naveas González, E.M; Jiménez Puya MC; García Gallego, JJ; Jiménez Moreno MV; Fernández Rodrigo, JL.

TÍTULO:

Calidad asistencial del "Programa de salud a mayores de 65 años" desarrollado en un Centro de Atención Primaria

TEXTO DEL TRABAJO:

Objetivos: Conocer el estado de salud de los pacientes mayores de 65 años adscritos a una Zona Básica de Salud (ZBS), pertenecientes al Centro de Salud Huerta de la Reina (Córdoba). Esta ZBS está formada por tres barriadas de diferente nivel socio económico (Las Moreras: bajo , Huerta de la Reina medio, El Brillante:alto).

Material y Métodos:

Diseño del estudio: Estudio observacional descriptivo longitudinal

Población a estudio: Del total de mayores de 65 años de la ZBS Huerta de la Reina (2799) se seleccionó la subpoblación correspondiente a dos cupos médicos (694), en el periodo de tiempo Octubre 2006 - febrero 2007. Excluyéndose aquellos que no pasaron por las dos consultas (C. enfermería y C. médica), resultando una N= 209. Hubo 2 éxitos de la muestra durante el periodo de estudio.

Instrumentos de Medida: Se realizó la valoración integral de Virginia Henderson y se pasaron los siguientes cuestionarios: Escala de Lawton Brody de dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria y el Índice de Barthel de actividades básicas de la vida diaria; además se recogieron datos sobre: hábitos tóxicos, barriada, edad, vacunación gripe, valoración de agudeza visual y auditiva, revisión del tratamiento, y petición de analítica con las siguientes variables: Hemoglobina, glucemia basal, función renal, Vitamina B12, Ácido fólico y hormonas tiroideas.

Resultados: Se estudiaron 68 hombres y 141 mujeres, media de edad de 76.06 años (DE = 6.87). El 50.2% pertenecían a la barriada de Huerta de la Reina, el 41.1 % a Moreras y el 7.7% al Brillante. La Valoración integral de Virginia Henderson se llevó a cabo en el 87.6% de los casos. En cuanto al test de actividad instrumental Lawton Brody el 61.9 % eran independientes, el 26.6% de los pacientes mostraban un grado de dependencia y el 11.4% dependientes. El índice de Barthel muestra que el 57% eran independientes. El estudio comparativo del grado de dependencia (Barthel) por grupos de edad concluyó: De 65-75 años el 71.5% de la población era independiente y un 2.2% dependientes. Entre 76-90 años el 43.7% resultó independiente y el 9.3% dependiente. Por sexo el mayor grado de dependencia se observó en los hombres con un 7.9%, frente a un 4.9% en las mujeres y, el mayor grado de independencia también en hombres con un 69.8% con respecto a las mujeres 50.4%. Por nivel socio-económico: el 69.2% de la población del Brillante era independiente mientras que en Moreras se dio el mayor grado de dependencia con un 7.7%. El 3.2% eran fumadores activos, un 3.2 % bebedores activos, y un 0.5% fumadores y bebedores. El resto no presentaba hábitos tóxicos (94%). El 97.6% conocían y eran cumplidores de su tratamiento. El 91.3% de la población estaba correctamente vacunada de la gripe. El 81.2 % de nuestras pacientes presentaban buena agudeza visual y el 71% buena agudeza auditiva. Sólo el 7.2% de los pacientes no tenían petición de analítica por parte de enfermería ni por parte de su médico de AP.

Variabes analíticas: La media de los valores de hemoglobina fue de 12.9 (12.3 +/- 2.4), con un valor mínimo de 7.5, y un máximo de 17.2. Todos los casos con Hemoglobinas inferiores a 11 eran conocidos y había sido estudiados de su patología previamente (Ca,colon, diverticulosis, Ins. Renal, desnutrición...). Un 11.7% de los pacientes presentaban insuficiencia renal conocida. El 34.8% presentaron valores alterados de glucemia basal (>126 mg/dl), de las cuales todos eran diabéticos conocidos, excepto cuatro casos (2.05%). Solamente un 4.4% y un 3.8% de los pacientes presentaron B12 alterada y fólico alterado respectivamente. Del 9.3% (17 casos) de las TSH alteradas sólo 3 casos eran desconocidas.

Conclusiones:

El mayor porcentaje de pacientes dependientes tenían entre 76-90 años, eran hombres y pertenecían a la zona de bajo nivel socio económico de la barriada Moreras.

El gasto analítico que representa la petición de Hemoglobina, creatinina, glucemia basal, vitamina B12 y ácido fólico en mayores de 65 años debe de acompañarse de criterios clínicos, puesto que no resultan significativos los casos nuevos descubiertos. Los pacientes que pertenecen a la zona de alto nivel socio-económico (El Brillante) apenas consulta en el sistema Público de Salud. En nuestro estudio no aparece ningún caso de dependencia total y presenta el mayor porcentaje de pacientes independientes.

BIBLIOGRAFÍA:

- III Plan Andaluz de Salud (2003-2008).
- Hoja de valoración de enfermería (14 necesidades Virginia Henderson. Fuente : Historia digital de salud del ciudadano (Diraya).Servicio Andaluz de Salud.
- Escala de Lawton Brody y test índice de Barthel. Fuente: Historia digital de salud del ciudadano. (Diraya) Servicio Andaluz de Salud
- Henderson V. La naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después. Madrid: Mcgraw-Hill. Interamericana de España, 1994.
- Luis MT, et al. De la teoría a la práctica: El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI (3ª ed). Barcelona: Masson, 2005.
- NANDA International. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008 Madrid: Elsevier, 2007.
- McCloskey JC; Bulechek GM. Clasificación de intervenciones en enfermería.4ª Edición. Madrid: Elsevier, 2005.
- Jonson M; Mass M. Clasificación de resultados en enfermería. 3ª Edición, Madrid, 2005.

Mesa de comunicaciones 22 / Concurrent session 22: Cuidadores

AUTOR/ES:

De la Cuesta Benjumea, Carmen

TÍTULO:

La experiencia de descanso de cuidadoras de familiares con demencia avanzada. Un estudio cualitativo.

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción.

Cuidar produce desgaste, los cuidadores sufren desigualdades en su salud comparados con la población general y presentan mayor morbilidad (1). Se ha señalado que aliviar el peso del cuidado y sentirlo forma parte de la experiencia de cuidar de un familiar enfermo (2). Mientras que los efectos negativos del cuidado están ampliamente documentados en la bibliografía, se conoce muy poco sobre el alivio de estos efectos así se constata en una revisión bibliográfica (3) donde se encontraron resultados poco claros y contradictorios sobre que es lo que la alivia el peso del cuidado. Esto llama la atención ya que aliviar el peso forma parte de la experiencia del cuidado familiar (2) y en las políticas de apoyo a los cuidadores el respiro se considera central (4). Recientes estudios están revelando el significado que tiene para ellos, en qué situaciones buscan servicios de apoyo y, además muestran el papel activo de los cuidadores para lograr su descanso (5) (6). También se ha sugerido que se pregunte a los propios cuidadores que es lo que ellos consideran un respiro efectivo (6). Siguiendo esta línea de trabajo, el presente estudio tiene por objetivo comprender la experiencia del descanso bajo el punto de vista de las cuidadoras de pacientes con demencia avanzada. Los resultados aquí expuestos provienen de un estudio más amplio sobre el alivio del peso en situaciones de vulnerabilidad (7). Conocer esta experiencia es relevante para los profesionales de la salud ya que los cuidadores son cada vez más mayores, cuidan por más tiempo y se encuentran en una situación de fragilidad.

Método.

Estudio cualitativo orientado por los principios y procedimientos de la Teoría Fundamentada. Participaron de forma voluntaria e informada, 17 cuidadoras familiares de pacientes con demencia avanzada que fueron seleccionadas inicialmente con propósito a través de profesionales de diversos centros de salud de la provincia de Alicante. Las edades de las cuidadoras variaron de 40 a 61 años, la relación de parentesco comprendió hijas, esposas y nueras de la persona cuidada, el tiempo de cuidar de uno a más de doce años. La mayoría de las participantes residía con el paciente y no tenía ayuda de otro cuidador, también se seleccionaron a través del muestreo teórico, mujeres que no vivían con el familiar enfermo y que se alternaban con otra cuidadora. Se elaboró una guía de entrevista para preguntar de manera abierta a las cuidadoras sobre la experiencia de cuidar del familiar enfermo, y qué hacían para descansar. En total se recolectaron 17 entrevistas semi estructuradas con una duración entre 40 y 75 minutos. Las entrevistas se transcribieron en su totalidad.

Los datos se analizaron siguiendo los procedimientos de la teoría fundamentada (8) mediante el programa de software Nvivo y se llevó a cabo de manera concurrente con la recolección de datos. "La experiencia del descanso" fue una de las primeras categorías que emergieron de los datos a través de la codificación abierta. Esta categoría se desarrolló con la codificación axial y el micro análisis; después con la codificación selectiva se validaron relaciones y se saturó. También se realizaron menos analíticos sobre las características y la experiencia del descanso. Finalmente emergió la categoría "estar tranquila" que mejor describe la experiencia del descanso y reunió la mayoría de los códigos sobre el tema. Esta categoría fue saturada buscando la variación que mejor describiera la experiencia de descanso y fue validada con los datos y con los participantes del estudio.

Resultados.

El descanso de las cuidadoras del estudio no es como el de antes, ahora su descanso es breve y depende de manera decisiva del bienestar del familiar enfermo, una participante lo expresa con sencillez:

“Sí, si ella está bien y tranquila sí, yo descanso, también. Me acuesto y cinco horas o cuatro, me las duermo, sí, pero si no está bien, ¡yo ya no descanso!”(MRC 10)

En efecto, la experiencia del descanso tiene grados, oscila de ser completa, a serlo a medias y quedarse solo en un intento frustrado como también señala la cita. La tranquilidad que siente la cuidadora va a moldear la experiencia del descanso, tal tranquilidad es interpretada, es decir que no viene dada ni es objetiva. Como seguidamente veremos, son las cuidadoras quienes se la dan a sí mismas, con la ayuda de otros.

Para poder descansar, las cuidadoras han de estar tranquilas con ellas mismas, con la situación y con los otros. En términos prácticos significa haber dejado atrás la preocupación, no “llevarlo encima” como afirmó una cuidadora. En realidad se descansa de la preocupación que entraña el cuidado. Dejar al familiar enfermo bien, sin peligro ni descuido y que esta decisión no perjudique a otros, es esencial para que la cuidadora sienta que puede despreocuparse:

"Yo estoy tranquila porque mi hija es de estas que no duerme de noche, se pasa toda la noche en el ordenador, y yo estoy tranquila porque sé que está pendiente de la abuela" (M9)

Saber que el familiar enfermo está bien cuidado y atendido proporciona tranquilidad. De la misma manera, saberse con un respaldo es garantía de que el familiar va a estar bien cuidado si surgen contingencias. En las entrevistas, las cuidadoras relataban lo afortunadas que se sentían al tener a su hijo que vivía puerta con puerta o a un voluntario a quien podía llamar a cualquier hora. Los datos indican que descansa el saber que no se está sola, esto es, se alivia el peso de una preocupación y no un peso físico. Pero esto no es todo, para las cuidadoras descansar no puede implicar un daño a otros, bien sea al mismo familiar enfermo o a quienes se disponen a cuidarle mientras ellas descansan, esta es una posición moral que repetidamente se transmitían en las entrevistas.

En síntesis, la tranquilidad de las cuidadoras es la que da saber que se está haciendo un bien y lo que se hace está bien hecho, es una tranquilidad ética, de conciencia como algunas participantes afirmaron.

El esfuerzo para descansar.

Descansar para las cuidadoras de pacientes con demencia, es algo más que tener tiempo para tomarse un respiro o hacer una pausa. Para que el descanso sea, han de estar tranquilas y esto al ser cuidadora de un familiar con demencia avanzada, es difícil de lograr. “El miedo a lo que pueda pasar” está muy presente en su día a día. Por ello, ante la posibilidad de tomarse un descanso las cuidadoras construyen condiciones sociales y emocionales para que sea tranquilo, sin peso añadido y sin cargo de conciencia. En verdad, descansar implica organización, compaginar tiempos, intereses, y personas y además implica manejar emociones.

Las cuidadoras dependen de la disponibilidad de familiares, amigos, vecinos para que les sustituyan por un rato y por lo general en las actividades de vigilancia del familiar enfermo. Se busca el mejor momento, el de mayor seguridad y se busca a la mejor persona para ese momento, alguien que sea como la propia cuidadora, alguien en quien se confíe plenamente para desarrollar la labor y no se produzca una falla en el cuidado. Por esto, las cuidadoras crean y pactan condiciones que les proporcione tranquilidad. Hay detrás del descanso, todo un trabajo organizativo donde se han probado distintas posibilidades hasta dar con la fórmula de un descanso tranquilo. Descansar es así un proceso social que toma tiempo y diversas interacciones.

Pero también es un proceso emocional que implica el empeño de la cuidadora. Los datos indican que para descansar hay que tener el ánimo de hacerlo, por ello, las cuidadoras se esfuerzan, "intentan" descansar, "se mentalizan"; en suma, tratan de ponerse en la mejor disposición y aprovechar la oportunidad de descansar. Justamente este esfuerzo emocional ilustra como la preocupación que entraña el cuidado es difícil de dejar. En definitiva, el descanso como antes para las cuidadoras ya no existe y el de ahora se ha de labrar.

Discusión.

El cuidado familiar se suele reducir en la bibliografía al conjunto de actividades que los cuidadores realizan (9), y las ofertas de apoyo al cuidador se centra, por lo general, en atenuar de las actividades del cuidado. No obstante, investigaciones emergentes describen la complejidad del cuidado familiar (7) y muestran que el papel del cuidador no se puede definir sólo en términos de los procedimientos y las tareas que realiza (2). Consecuentemente, el descanso de los cuidadores va más allá de interrumpir las actividades de cuidado. Este estudio pone de manifiesto la preocupación inherente al cuidado (10) y con ello ilustra su connotación moral (11), algo que se ha de considerar cuando se oferten dispositivos para el alivio del peso del cuidado.

Comprender como descansan las cuidadoras y que es lo que subjetivamente les proporciona descanso, no sólo contribuirá a que los profesionales de salud promuevan y apoyen estrategias de descanso, sino también a evitar culpabilizarlas por no querer o poder descansar. La experiencia del descanso ha cambiado para las cuidadoras como lo ha hecho sus propias vidas, por ello, los servicios de apoyo deben tener en cuenta este cambio. Se espera que este estudio ayude a este fin.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1-Hirst M. Hearts and minds: The health effects of caring. York: Social Policy Research Unit, University of York; 2004.
- 2-Nolan M, Keady J y Grant G. Developing a typology of family care: implications for nurses and other service providers. *Journal of Advanced Nursing*. 1995; 21: 256-265.
- 3-Kuhlman GJ, Wilson HS, Hutchinson S A, Wallhagen M. Alzheimer's disease and family caregiving: Critical synthesis of the literature and research agenda. *Nursing Research*. 1991; 40(6): 331-337.
- 4-Arksey H y Glendinnign C. Choice in the context of informal care-giving. *Health and Social Care in the Community*. 2006; 15 (2):165-175.
- 5- Strang VR y Haughey M. Respite-A coping Strategy for Family Caregivers. *Western Journal of Nursing Research*.1999; 21(4): 450-471
- 6- Chappell NL, Colin Reid R, Dow E. A typology of meanings based on the caregiver's point of view. *Journal of Aging Studies*. 2001; 15: 201-216.
- 7- De la Cuesta Benjumea C, Galiana Gómez de Cádiz MJ, Donet Montagut T, Luzán González MJ. Cuidado familiar-Alivio de la carga en situaciones de vulnerabilidad: Mujeres cuidadoras de pacientes con demencia avanzada y mujeres inmigrantes que proporcionan cuidados familiares. Proyecto de investigación aprobado por el Fondo de Investigación en Salud, 2006-2009, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, España
- 8- Strauss AL. *Qualitative Analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press; 1987.
- 9- Jansson W, Nordberg G y Grafström M. Patterns of elderly spousal caregiving in dementia care: an observational study. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 34 (6): 804-812.
- 10-Van Manen M. Care-as-Worry, or "Don't Worry, Be Happy". *Qualitative Health Research*. 2002; 12 (2):262-278.
- 11-Wallhagen MI y Yamamoto-Mitani N. The meaning of family caregiving in Japan and the United States: A qualitative comparative study. *Journal of transcultural nursing*. 2006; 17 (1): 65-73

AUTOR/ES:

Robledo Martín J, Martín-Crespo Blanco C, Salamanca Castro AB
Departamento de Investigación de FUDEN
investigacion@fuden.es

TÍTULO:

Interacción entre mujeres latinoamericanas cuidadoras de ancianos en domicilio y los ancianos y sus familiares FIS PI0790573

TEXTO DEL TRABAJO:

El resumen que se presenta son los resultados iniciales de la investigación financiada por el FIS (PI 0790573).

En las últimas décadas cambios socioculturales acaecidos en España han originado que cada vez sea mayor la dificultad para conciliar el rol de cuidador o cuidadora con otros roles sociales, produciéndose una disminución progresiva del recurso informal en nuestro medio lo que se conoce como "crisis del cuidador informal".

El cuidado doméstico como actividad laboral está tomando cada vez más fuerza en el contexto español en este ámbito es necesario considerar:

- La incorporación de las mujeres inmigrantes para cubrir este sector y la relación que tienen con la globalización económica y la feminización de la inmigración, así el perfil del cuidador formal no profesional es de mujer, inmigrante, 30-40 años, soltera sin hijos y con un nivel de estudios medio.
- El trabajo de cuidado remunerado presenta características específicas que la distinguen de otro tipo de actividades económicas y que son necesarias de considerar al centrarnos en las relaciones que se establecen entre los sujetos implicados entre estas características señalamos:

- o La atención constituye un servicio que ha de prestarse en el mismo momento en que se consume
- o La atención es un producto personal por lo que el producto de la atención no puede separarse de la persona que lo presta
- o La atención supone un trabajo emocional, es decir, se supone que las emociones de la persona que lo realiza afectan a la calidad del producto
- o La atención es algo más que una labor emocional transitoria, constituye el desarrollo de relaciones, así como la prestación de un servicio.

Estas cuidadoras cubren o ayudan a cubrir necesidades básicas de los ancianos, sin embargo la manera en la que se perciben las necesidades y las formas de desarrollar los cuidados varían de unas culturas a otras por lo que nuestro problema de investigación se centra en la influencia que tiene la cultura en la relación que se establece entre trabajadoras inmigrantes latinoamericanas cuidadoras en domicilio y los ancianos y familias. Por ello nos planteamos explorar la interacción que se establece entre inmigrantes latinoamericanas trabajadoras como cuidadoras en domicilio de ancianos en Madrid y los ancianos y sus familias

Método:

Se ha optado por realizar un abordaje cualitativo fenomenológico buscando la comprensión en profundidad del fenómeno en su ambiente natural a partir de lo relatado por los propios sujetos/actores participantes en el estudio.

La población del estudio esta compuesta por mujeres inmigrantes latinoamericanas trabajadoras como cuidadoras de personas dependientes en domicilio en la ciudad de Madrid que lleven residiendo más de 2 años en España, y los ancianos y sus familiares que reciben los cuidados de mujeres inmigrantes en sus domicilios

La técnica utilizada para la recogida de datos está siendo la entrevista semi-estructurada. Estamos en una primera fase de aproximación al campo en la que además de los contactos con mujeres inmigrantes y el inicio de las entrevistas estamos realizando una aproximación teórica a la cuestión analizando las diferentes aproximaciones teóricas desde las que se ha estudiado el tema del cuidado.

Como primeras aproximaciones podemos señalar:

El cuidado a ancianos es un nicho laboral para mujeres inmigrantes, estas mujeres establecen unas redes de relaciones con su entorno que en caso de las internas se ven muy limitadas al entorno familiar en el que trabaja y a otros inmigrantes de su entorno más cercano lo que dificulta una movilidad laboral.

El cuidado se ha abordado desde diferentes perspectivas teóricas planteándose recientemente la valoración económica del cuidado a las personas dependientes.

El hecho que el cuidado sea un trabajo con un gran componente emocional que se produce y consume simultáneamente, que requiere un contacto cara a cara y que produce un resultado emocional en la otra persona hace que el componente relacional sea fundamental tanto en desarrollo del trabajo como en su influencia sobre la salud de quien lo realiza.

Discusión:

La feminización del cuidado informal, unido al hecho de que histórica se ha considerado trabajo el realizado fuera del hogar ha hecho que el trabajo del cuidado no haya sido analizado en la misma profundidad que otros ámbitos laborales, obviándose el aspecto emocional y relacional que este tipo de trabajo conlleva.

Visualizar esos componentes nos permite considerar la influencia que el trabajo del cuidado realizado en el ámbito doméstico tiene sobre la salud de las cuidadoras en este caso mujeres inmigrantes latinoamericanas.

Ello supone un avance al incluir dentro de un ámbito de salud laboral un campo como el cuidado doméstico hasta ahora excluido o analizado en base a unos parámetros que no eran sus características. Lo que nos permite considerar los aspectos laborales que mayor incidencia tienen sobre la salud de estas mujeres.

El mayor conocimiento del nexo de unión entre cuidadoras y cuidados nos debe llevar a establecer programas especiales de formación a cuidadoras donde consideremos las características de unas y de otras y la influencia que ello tiene en su salud

BIBLIOGRAFÍA:

- * Moreno M, Martín T. Inmigración y necesidades formativas de los cuidadores. *Cul Cuid* 2003; VII (14): 44-48.
- * Neary SR, Mahoney DF. Dementia caregiving: the experiences of Hispanic/Latino caregivers. *J Transcult Nurs* 2005 Apr; 16(2):163-70.
- * Neufeld A, Harrison MJ, Hughes KD, Spitzer D, Stewart MJ. Participation of immigrant women family caregivers in qualitative research. *West J Nurs Res* 2001 jun; 23(6): 575-92.
- * Palese A, Oliverio F, Girardo MF, Fabbro E, Saiani L. Difficulties and workload of foreign caregivers: a descriptive analysis. *Diversity in Health & Social Care* 2004; 1(1):31-8.
- * Pérez Ruiz IM: Características sociodemográficas y sociolaborales de las personas cuidadora principales de personas dependientes. *Metas Enferm* 2006 mar; 9(2): 62-67.
- * Rajjman R, Schammah-Gesser S, Kemp A. International migration, domestic work, and care work: Undocumented Latina migrants in Israel. *Gender & Society* 2003; 17(5): 727-749.
- * Ramos M, March JC. Estimación de los inmigrantes económicos en Mallorca mediante el método de captura-recaptura. *Aten Primaria* 2002; 29(8): 463-468.
- * Reina Córdoba A, Riera Solé A, Asensio Guasch T, Martín Vergara N, Benet Marimón I, Adell Aguiló N. La docencia en la práctica diaria dirigida a los cuidadores informales. Madrid; 2004, Pp.403-404
- * Rodríguez Pérez M, Abreu Sánchez A, Barquero González A, León López R. Cuidadores de ancianos dependientes. *Cuidar y ser cuidados. Nursing* 2006; 24(1): 58-70.

AUTOR/ES:

Pinto CV, Silva AL da

TÍTULO:

El cuidado al anciano dependiente: perspectiva del hombre como cuidador

TEXTO DEL TRABAJO:

El objetivo del trabajo consiste en analizar las experiencias de los hombres en el cuidado de las personas. Consiste en un estudio cualitativo, que utiliza como método la Historia Oral. Participaron en esta investigación doce cuidadores informales del sexo masculino y clase socioeconómica baja (determinada por el Índice de Graffar), que se encontraban cuidando a una persona mayor en situación de dependencia (determinada por el Índice de Barthel). El procedimiento de recogida de las narraciones fue realizado a través de entrevista abierta. El contenido de las entrevistas, después de estar organizado, fue leído atentamente hasta conseguir una visión de conjunto. Para el tratamiento de datos, todos los testimonios relevantes para el estudio fueron organizados y codificados con el apoyo del programa de análisis cualitativo QRS Nvivo7. Esta etapa fue realizada con base a análisis cruzados, lo que hizo posible la interpretación y discusión de los resultados. En este estudio, todos los procedimientos éticos fueron salvaguardados. Así fue asegurada la libre participación de los sujetos de estudio, su privacidad, anonimato y confidencialidad de los datos.

La totalidad de los cuidadores son cónyuges de las personas mayores. Para la mayoría de las personas, fue un gran desafío puesto que era la primera experiencia de este tipo. Los cuidadores tienen un papel activo en el cuidado, atendiendo a las necesidades fisiológicas, psicológicas e sociales. Los cuidadores se envuelven tanto en las actividades de vida diarias como en las actividades instrumentales. Son varias las razones que llevan a los hombres a querer cuidar de sus mujeres, entre ellas, destacan: el deber moral asociado al compromiso asumido en el matrimonio, el afecto, el placer, la falta de apoyo de los hijos y la disponibilidad para cuidar. Estos manifiestan sentimientos de satisfacción, dedicación y deseo de cuidar, siempre disponibles y dejando, en ocasiones, su vida personal en un segundo plano. Los cuidadores experimentaron sentimientos de felicidad por saber que dan lo mejor de ellos mismos para el bienestar de alguien que para ellos lo es todo. Por otro lado, sienten tristeza y desánimo, porque manifiestan que no esperaban una situación de este tipo en el final de sus vidas. Tuvieron una vida llena de dificultades, de mucho trabajo, y creían merecer en la actualidad un descanso con sus respectivas parejas. Sufren igualmente con el dolor de sus esposas, pues tienen consciencia de que la situación es irreversible y la recuperación imposible. Intentan aceptar la realidad adaptándose y viviendo con las incertidumbres del futuro, lo que les provoca ansiedad e inseguridad. Algunos se sienten solos y sobrecargados, una vez que el apoyo de la familia es insuficiente, o meramente ocasional. De cualquier forma, familia y vecinos son siempre los primeros recursos en las situaciones más críticas. A nivel formal, algunos son utilizadores de Servicios de Apoyo al Domicilio o Centros de Día. En el campo de la salud, el apoyo es proporcionado por profesionales de salud a través de visitas al domicilio ocasionales y bajo solicitud.

Los maridos mayores son casi siempre el primer recurso para el cuidado de sus esposas, perteneciendo al grupo más mayor de cuidadores. De esta forma aparece un nuevo grupo de cuidadores informales y una nueva visión de cuidado. Contrariamente a la visión tradicional, en que era a la mujer que competían las tareas de cuidado, este estudio viene a demostrar una nueva realidad en el cuidado informal. Estos hombres que vivieron en una cultura en que el cuidado era únicamente una tarea femenina, no tienen ninguna experiencia de cuidado en su historia de vida personal. Sin embargo, dada la nueva realidad, están rompiendo las barreras culturales. Ellos se asumen como cuidadores principales de sus esposas y, a pesar de la sobrecarga de trabajo, se sienten realizados por cumplir con su compromiso. Para estos cuidadores, este es un proceso nuevo y complejo que exige un aprendizaje continuo.

Este grupo de cuidadores no dispone de gran apoyo relativamente a cuidados de salud, lo que puede empeorar los problemas tanto de la persona que cuida como de la que recibe cuidados. En este ámbito, este estudio es de gran importancia para los profesionales de salud, sobretudo debido a que se descubre un nuevo concepto de cuidador, mostrando sus características, vivencias y necesidades específicas de cuidado.

BIBLIOGRAFÍA:

BARDIN, Laurence – Análise de conteúdo. 3ª Edição. Edições 70. Lisboa. 2004.

BOGDAN, Robert e BIKJEN, Sari – Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos; Coleção Ciências da Educação; Porto Editora, 1994.

COLLIÉRE, Marie-Françoise – Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Coimbra. 1999.

COSTA, M.A – Cuidar idosos: formação, práticas e competências dos enfermeiros. Edição Formasau. Coimbra. 2002.

ESCUREDO RODRIGUEZ, Bibiana; DÍAZ ÁLVAREZ, Estela; PASCUAL CORTÉS, Olga – Cuidadores informales: necesidades y ayudas. Revista ROL de Enfermería. Barcelona. Vol.24. 2001.

FORTIN, M.F – O processo de investigação: da concepção à realização. Loures, PT: Lusociência, 1999.

IMAGINÁRIO, Cristina: O idoso dependente em contexto familiar. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-38-7, 2003.

MARTINS, M.M.F.P.S. – Uma crise acidental na família: o doente com AVC. Edição Formasau. Coimbra.2002.

NERI, A.L. et al. – Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. Editora Alínea. Campina 2001.

PAÚL, Constança; FONSECA, António M. – Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados. Manuais Universitários; Climepsi Editores. Lisboa.2005.

PIMENTEL, L.M.G. – O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias. Quarteto Editora. Coimbra. 2001.

PAÚL, Constança; FONSECA, António M. – Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados. Manuais Universitários; Climepsi Editores. Lisboa, 2005.

PIMENTEL, L.M.G. – O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias. Quarteto Editora. Coimbra. 2001.

PAUL, THOMPSON. – A voz do passado: História Oral – Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1992.

QUARESMA, M.L. – cuidados familiares às pessoas muito idosas – Portugal. Lisboa: fundação europeia para a melhoria das condições de vida e de trabalho. 1994.

REBELO, A.A.M. – Prestadores de cuidados informais a idosos com 80 e mais anos, na f

AUTOR/ES:

Autoras: Teresa Donet Montagut¹; Carmen de la Cuesta Benjumea²; M^aJosé Galiana Gómez de Cádiz³;

TÍTULO:

SALIR A LO SUYO: UNA FORMA DE LOGRAR EL DESCANSO DE LAS CUIDADORAS INMIGRANTES

TEXTO DEL TRABAJO:**INTRODUCCION**

Debido a los cambios sociales producidos, muchos familiares no pueden o no quieren hacerse cargo del cuidado de sus mayores (1) y cada vez son más los hogares españoles que contratan personas que se encarguen del cuidado de sus mayores. Así, personas inmigrantes y con gran disponibilidad por su necesidad de trabajar se convierten en las candidatas perfectas para ocupar estos puestos (1). Cada día, es más frecuente encontrar personas inmigrantes que se encargan del cuidado de nuestros mayores (2) (3). En numerosas ocasiones trabajan como cuidadoras internas, pasando a convivir con la persona dependiente las 24h del día (4). Las condiciones de trabajo de las cuidadoras inmigrantes suelen estar sujetas a horarios intempestivos y jornadas de trabajo continuas, lo que dificulta o impide su descanso (5). Además, el proceso migratorio suele ir acompañado de importantes renunciaciones afectivas como son la familia y amigos (6). Al no disponer de apoyo familiar ni social, la sensación de carga que supone cuidar se ve aumentada (4), además el desarraigo, la depresión, y el desamparo social se perciben como importante (7). Todo ello repercute en la salud y trabajo de las cuidadoras (4).

Es desde esta perspectiva que se hace necesario conocer cómo las cuidadoras inmigrantes consiguen el descanso o el respiro mínimo que les ayuda a soportar el cansancio de cuidar. Los resultados aquí expuestos provienen de un proyecto del FIS más amplio sobre el alivio de la carga del cuidado en situaciones de vulnerabilidad (8). Uno de los objetivos específicos de este proyecto es identificar las maneras que tienen las cuidadoras inmigrantes de aliviar el peso del cuidado.

MATERIAL Y MÉTODO

Este es un estudio cualitativo de Teoría fundamentada que se realiza en la provincia de Alicante y en Murcia. Participaron 36 cuidadoras inmigrantes de personas mayores dependientes de edades comprendidas entre 31 y 50 años, con un nivel de estudios secundarios en su mayoría y fundamentalmente procedentes de países de Latinoamérica. Todas ellas llevaban cuidando más de 1 año, trabajando principalmente como internas. El muestreo fue teórico, al inicio del estudio lo guiaron los objetivos del mismo y una vez que las categorías emergieron se inició el muestreo teórico (9). Los datos se obtuvieron mediante entrevistas semi-estructuradas en las que solicita a las cuidadoras que hablen de ¿cómo logran el descanso cuando están cuidando? y mediante relatos escritos en los que las participantes describieron como se reponían después de la jornada de trabajo. En total, se realizaron 16 entrevistas semi estructuradas y 14 relatos escritos por las cuidadoras, esto supuso 694 páginas de datos.

Los datos se analizaron siguiendo los procedimientos de la Teoría Fundamentada (9)

RESULTADOS

Del análisis de datos, emergió la categoría “Salir a lo suyo” que se presenta en esta comunicación y describe una de las maneras que tienen las cuidadoras inmigrantes de buscar el alivio de la presión de cuidar. Esta categoría se refiere a la necesidad de volver y de re encontrar lo suyo y a los suyos para lograr el descanso y la fuerza que les ayude a seguir cuidando. La categoría muestra que al hecho de ser cuidadora, se une el ser inmigrante, lo que va a conferirles unas características propias a la hora de buscar el descanso, que no están presentes en otras cuidadoras. Las cuidadoras inmigrantes buscan el descanso reencontrando lo suyo y los suyos, para ello: 1) Se encuentran virtualmente con lo suyo y los suyos, 2) salen a un lugar físico que reconocen como suyo, 3) buscan a los suyos física o mentalmente 4) buscan lo suyo construyendo nuevas familiar y hogares y 5) buscan reencontrarse realmente con aquello que un día dejaron.

1) Gracias a las nuevas tecnologías, que acercan las fronteras las cuidadoras escapan a su país. Se encuentran con lo suyo y los suyos virtualmente, la cuidadora transita desde un espacio local a un espacio imaginario de origen con el cual se comunica y momentáneamente, deja de ser inmigrante recupera su familia y vuelve a ser madre. Y es que escapar a los suyos, a sus familias, poder por un momento olvidar todas las renuncias que supone el alejarse de ellos, eso es lo que ellas necesitan para respirar y lo hacen para mantenerse vivas, es lo que les ayuda a seguir adelante. Y descansan para cuidarles, como describe una de las participantes:

“.....Hago una escapada y me voy a hablarles por teléfono, que, cómo están, que si rindió,.....estoy pendiente también de que tal rindió, si pasó los exámenes...” (EPA 8)

Así, están sin estar, están en dos lugares al mismo tiempo, descansan de su ausencia y por un momento los sienten y los hacen presentes. y sienten su afecto.

2) En otras ocasiones lo que buscan es un lugar, un lugar suyo, que de cierta manera les pertenece. Salen buscando pequeños fragmentos de sus casas. Así, logran separarse del lugar de trabajo. En su espacio, su intimidad puede relajarse, o desconectar para luego empezar de nuevo con la tarea de cuidar: Aquí ella es dueña de su tiempo y hace lo que quiere, tal como dice una cuidadora:

Me voy a mi casa de aquí, y si tengo que hacer algo, bueno, si no, no lo hago” . O va a encontrarse con los suyos ya que con ellos puede despejar la mente, desconectar del trabajo:

“Cuando yo voy o voy a despejar la mente, a dormir en la casa de mis hijos...(EIN 1)

3) Pero, cuando acudir a ellos no es posible, utiliza todos los recursos que puede para lograr reencontrarse con ellos. Los encuentra en sus pensamientos, y logra la fuerza para seguir

“ A mi, lo que me ayuda a descansarpensar en mis hijos,,, si me echan de menos, si les falta algo, si comen o no comen, si están enfermos” (LIPA 11)

4) Otra situación a destacar es la de aquellas cuidadoras que buscando su reposo, acaban construyendo nuevos hogares con los que tienen cerca para poder sentirse con los suyos y en sus casas. Como relata una participante:

“Eh, fui a ser dueña de casa de otra casa pero que no era mi casa y atendiendo a otra persona, entonces, eh, eh, que si, si se descansa, ¡ si!, No te puedo decir que no, pero se descansa de una manera diferente a como nuestro descanso en nuestro hogar Era mi, mi reinado, era mi casa, ¡Pero no era, no era mi casa porque yo estaba era trabajando!”.(ICHI 12).

Pero tal y cómo ellas lo manifiestan, es como si fuera pero no lo es, porque aquí están trabajando y por ello, no logran el mismo descanso. Porque , el descanso real sólo lo consiguen en y cuando vuelven a lo suyo y con los suyos

5) Pero, cuando ya no pueden más, cuando les fallan las fuerzas, necesitan volver y reencontrar realmente aquello que han dejado. necesitan palpar la realidad, dejar de soñar como la cita ilustra:

“Me hacía falta ver a mi familia que vive, comprobar por mis propios ojos que estaba bien, claro, para darme cuenta que, que lo que yo escuchaba teléfono no era mentira...”.(EMARGUY 14)

DISCUSIÓN

Para las cuidadoras inmigrantes, el cuidado es su fuente principal de ingresos y el modo de sustentar a sus familias. No pueden dejar el cuidado a pesar de la carga, por ello buscan alternativas de descanso. Los trabajadores de la salud debemos entender y tener en cuenta a los cuidadores, tanto como proveedores de cuidados como receptores de los mismos y no podemos ignorar estas situaciones. Resultaría contradictorio considerar a las cuidadoras inmigrantes “sistemas de respiro” para las familias con enfermos dependientes y obviar que a su vez puedan padecer carga del cuidado. Si se pasa por alto que en el cuidado familiar cada vez más intervienen las cuidadoras inmigrantes, éstas quedarán excluidas de los estudios y acciones de enfermería (10). Desde los equipos de salud, debemos prestar una especial atención a las cuidadoras, ya que ellas forman parte de los cuidados; pero al mismo tiempo deben ser objeto de los mismos. Por tanto, debemos conocer que hacen esas cuidadoras para lograr ese descanso.

En este trabajo, mostramos cómo una de las maneras que tienen las cuidadoras inmigrantes de lograr el descanso, es salir en busca de lo suyo y reencontrar aquello que han dejado.

Es obvio y necesario, trabajar por la integración y la normalización laboral y familiar de estos colectivos cada vez más presentes en nuestra sociedad. Y ello debe hacerse tanto desde los organismos oficiales como desde las personas que tienen contacto con las cuidadoras, Sentirse con los suyos, les puede ayudar a lograr su descanso mejorando de esta forma su calidad de vida y salud y así podrán seguir cuidando.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Pla Julian I. Informalidad y precariedad laboral de las empleadas del hogar. Instituto de la mujer. 2005. NIPO: 207-05-054-5 [acceso 12 Sep 2007] [356 p.]. Disponible en: http://www.mtas.es/mujer/mujeres/estud_inves/658.pdf
2. Berjano Peirats, E., Luján López, E. Inmigración y cuidados a mayores. “Un mercado no tan invisible”. Rev Geriatrika 2004; 20(3):124-132.
3. Cuidado a la dependencia en inmigración: Informe de resultados. MTAS. Colección estudios Serie Dependencia. Madrid: IMSERSO; 2005.
4. Gallart Fernández-Puebla A. Sobrecarga del cuidador inmigrante no profesional formal. Tesis Doctoral. Sant Cugat: Publicaciones Universitat Internacional de Catalunya; 2007.
5. Paz de la Torre J. Sindicato para las inmigrantes trabajadoras de hogar en la Unión Europea. Biblioteca Mujeres de esta tierra. 2002 [consultado Ago 2007]. Disponible en: <http://www.mujeres-de-estatierra.de/Dokumente/Sindicato.pdf>
6. Rodríguez N. Educar desde el locutorio .Plataforma Editorial.Barcelona 2008.
7. Lipson, Juliene G. Temas transculturales en el cuidado de la salud de las mujeres. Invest Educ Enferm. 2002 ; 20:88-97.
8. De la Cuesta Benjumea C, Galiana Gómez de Cádiz MJ, Donet Montagut T, Luzán González MJ. Cuidado familiar-Alivio de la carga en situaciones de vulnerabilidad: Mujeres cuidadoras de pacientes con demencia avanzada y mujeres inmigrantes que proporcionan cuidados familiares. Proyecto de investigación aprobado por el Fondo de Investigación en Salud, 2006-2009, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, España
9. Strauss AL. Qualitative Analysis for social scientists. Cambridge: Cambridge University Press; 1987.
10. Galiana Gómez de Cádiz MJ, de la Cuesta Benjumea C, Donet Montagut T. Cuidadoras inmigrantes: Características del cuidado que prestan a la dependencia. Enfermería Clínica. 2008;269-272

AUTOR/ES:

Paulo Machado & Teresa Martins

TÍTULO:

Necesidades de los cuidadores de los ancianos con compromiso del autocuidado

TEXTO DEL TRABAJO:**Introducción**

El envejecimiento es un fenómeno mundial, cuyo impacto en su cobertura general es todavía difícil de estimar. La OMS (2006) refiere que "entre 2000 y 2050, la población mundial con más de 60 años se triplicará, pasando de 600 millones a 2000 millones." También en Portugal "la proporción de población anciana, lo que representa el 8,0% de la población total en 1960, há más que duplicado, pasando arriba de 16,4% a 12 de Marzo de 2001, fecha del último Censo de Población" (INE, 2002). Con este telón de fondo y de conformidad con Martins (2006): "La mayor longevidad no siempre es sinónimo de una vida funcional, independiente y sin problemas de salud. Por el contrario, el número de personas con pérdida de autonomía, la discapacidad y la dependencia creció debido a la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y discapacitantes". Sobressai aquí, el masivo envejecimiento de la población, lo que hace más ancianos con compromiso del Autocuidado en su medio familiar y la posterior aparición de múltiples necesidades, destes cuidadores que requieren respuestas competentes.

Metodología

Considerando lo anterior, se realizó un estudio exploratorio, con la selección de una muestra de conveniencia, que incluye cuidadores, que tienen bajo su cuidado personas mayores con compromiso del Autocuidado, adscritas al Centro de salud de Leça da Palmeira y las extensiones: Perafita, Santa Cruz do Bispo y Lavra. La recopilación de información tuvo lugar entre el 01 octubre de 2007 y 29 de febrero de 2008, y fueran entrevistados 115 participantes, através de un formulario. Los objetivos del estudio son los siguientes: caracterizar la población de edad avanzada, con el compromiso de Autocuidado, destes centros Centros de Salud, la identificación de las necesidades en el autocuidado de la población de edad avanzada, destes Centros de Salud; caracterizar a los cuidadores de ancianos, con compromiso en el autocuidado de la población de edad avanzada, destes Centros de Salud; identificar las necesidades destes cuidadores.

Resultados

El análisis de los datos encontró que la edad de los cuidadores es de 23 años, (mínimo) y 85 años, (máximo), con la mediana de 61. La gran mayoría (90,4%) son mujeres. Con respecto al estado civil, se encontró que el 70% están casadas. Lo parentesco más predominante es hija/o (52,2%) y esposa / esposo (24,3%). Teniendo en cuenta la situación del empleo, la mayoría (44,3%) se ha reformado. También tomamos nota de que 90,4% de los cuidadores co-habitan con los ancianos. Considerando la escolaridad de los cuidadores, en 71,3% solo tiene lo 1º ciclo de la educación básica. Como por el momento relevado de la atención, el 83,5% de los cuidadores se refieren estar disponibles para la asistencia durante las 24 horas. Destacamos también que el 45% de los cuidadores considera razonable la salud de las personas de edad bajo su cuidado. La mayoría de los cuidadores, considera que se sienten muy cansados física y emocionalmente, siendo el 52% y 53% respectivamente. En lo que respecta al aspecto financiero, el 43% consideran que es muy sobrecargado. Como cuanto à la restricción de la vida social, 43% considera que es muy restringida. Basada en la experiencia experimentada por estos cuidadores, la gran mayoría (94,8%) considera que los conocimientos, el dominio de las técnicas (en el autocuidado), seguridad en la acción (por el riesgo de poner en peligro a las personas de edad avanzada) y de protección personal (teniendo en cuenta el riesgo de poner en peligro su propia salud) son importantes en la formación de un cuidador. Por último el 48% se refiere como mejor ayuda, la sustitución temporal.

Discusión/Conclusiones

Podemos inferir que una parte sustancial de los cuidadores son personas en edad avanzada, bajo nivel educativo, predominantemente mujeres, casadas con los ancianos o

hijas de estos. Su voluntad de ayudar a las personas de edad avanzada es ininterrumpida, día y noche, asumiendo una muy diversa gama de funciones, y dijeron que la mejor ayuda que podrían tener es su sustitución temporal. Imaginário (2004) expresó que: "Las conclusiones que las mujeres constituyen el mayor número de cuidadores informales en todos los Estados miembros, de la Unión Europea, reflejan el papel históricamente asignado a las mujeres." También Imaginário (2004) ha dicho que: "Cada vez más la tercera edad es responsable de los más ancianos, o los ancianos autónomos son aquellos que proporcionan cuidado a los ancianos dependientes". Destacamos también que lo IMSERSO (2005) refiere que: "El perfil de los cuidadores se corresponde con mujeres que proporcionan ayuda de alta intensidad y gran duración, presentan bajos niveles de apoyo social, ingresos económicos escasos y nivel educativo bajo, no realizan actividad laboral alguna y, en muchos casos, consideran que no tienen otra alternativa que asumir personalmente el rol de cuidadoras, el cual las ha llevado a tener que frenar o limitar su desarrollo y autorrealización personal". Por último, los encuestados consideran que en la formación de un cuidador son fundamentales: el conocimiento, el dominio de técnicas, seguridad en la acción y protección personal. Con la información expuesta es posible conocer mejor la población de los cuidadores y poner en marcha intervenciones de enfermería que ayudan a mejorar el desempeño de sus funciones. Creemos que de esta manera se va a generar ganancias en salud sensibles a los cuidados de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA:

1. BAUTIER, P. - Population projections 2004-2050. Luxembourg : Eurostat Press Office, 2005.
2. IMAGINÁRIO, Cristina M. I. - O Idoso Dependente em Contexto Familiar : uma análise da visão da família e do cuidador principal. Coimbra: Formasau, 2004.
3. IMSERSO. Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. Madrid. 2005.
4. KARSCH, U. M. - Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. Vol. 19, nº3 (2003), p. 861-866.
5. LAHAM, C. F. - Percepção de perdas e ganhos subjectivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo, 2003.
6. MARTINS, Teresa - Acidente vascular cerebral : qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores. Coimbra : Formasau, 2006.
7. PAÚL, Maria Constança - Lá para o fim da vida : idosos, família e meio ambiente. Coimbra : Livraria Almedina, 1997.
8. PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística – Projecções de Portugal residente, Portugal e NUTS II: Decréscimo e Envelhecimento da população até 2050. Lisboa: INE, 2004.
9. ROACH, Sally S. - Introdução à enfermagem gerontológica. Rio de Janeiro : Editora Guanabara Koogan, 2003.
10. SOUSA, L. S.; FIGUEIREDO, D.; CERQUEIRA, M. - Envelhecer em família : os cuidados familiares na velhice. 2ª ed. Lisboa: Âmbar, 2006.

AUTOR/ES:

González Pisano AC, Granado Villacé R, García Jáñez E, del Cano González C, Fernández Fernández M^ª.

TÍTULO:

El apoyo social y familiar como moduladores de la sobrecarga del cuidador de personas dependientes

TEXTO DEL TRABAJO:**INTRODUCCIÓN:**

Con la puesta en marcha en la Comunidad Autónoma de Castilla y León del programa de atención al cuidador, se puso de manifiesto en el estudio del cuidador de 2003 que casi el 70% de los cuidadores de esta comunidad tenían una sobrecarga en el desempeño de su rol según el cuestionario de Zarit (sobrecarga leve un 21,2% y sobrecarga intensa un 47,1%). De este estudio también se obtuvieron datos sobre la calidad de vida percibida que oscilaba entre los 56,5 en mujeres y 57,5 en hombres medidos por la escala visual analógica del termómetro de 0 a 100. Y esta calidad de vida disminuye con cada año de edad que se cumple.

Estas características ponen de manifiesto el importante problema que sufre una de las comunidades más envejecidas de Europa y justifican la necesidad de estudiar si la implantación de la Ley de la dependencia resuelve las necesidades de los cuidadores y las personas con un nivel medio/alto de dependencia.

A finales de abril de 2007 los servicios sociales y sanitarios de la Comunidad Autónoma de Castilla y León comenzaron a realizar la valoración de la dependencia, punto de partida del estudio.

OBJETIVOS:

Conocer la calidad de vida de los cuidadores de personas valoradas como grandes dependientes niveles 2 y 1 con la aplicación de la Ley de Dependencia a través de las láminas de medición del estado funcional de Coop-Wonca. Estudiar la sobrecarga del cuidador a través de la Escala de Carga de Zárit. Describir el apoyo social a través del cuestionario de Duke-Unc y la función familiar mediante el cuestionario Apgar Familiar.

MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal sobre las personas pertenecientes a los municipios de Villablino y Palacios del Sil (León) que cursaron una solicitud de Dependencia entre abril y diciembre de 2007. La población elegible fueron adultos que cuidaban a grandes dependientes, sin deterioro cognitivo y que aceptaran participar en el estudio. Se seleccionó como muestra al total de la población a estudio, que suponen 58 personas. El contacto inicial ha sido oportunista cuando acudían al Centro de Salud o al CEAS para solicitar información sobre la valoración de dependencia de la persona a la que cuidan. En ese momento se les informaba de la realización del estudio, de sus objetivos, de la voluntariedad de su participación y en qué consistía la misma. Posteriormente, se entregó el cuestionario personalmente para su cumplimentación individual y se explicaron nuevamente los objetivos del estudio, la voluntariedad de participar, las instrucciones necesarias para cubrir el cuestionario y la necesidad de cubrir el consentimiento informado. Si tenían dificultades de lectoescritura se les ayudaba en la comprensión y cumplimentación del mismo. En todo momento se aseguró el anonimato y la confidencialidad de los datos.

Para conseguir los objetivos planteados se elaboró un cuestionario ad-hoc que incluía las siguientes variables:

1. Características de los cuidadores: edad, sexo, estado civil, situación laboral, nivel socioeconómico (Test de Graffar), apoyo familiar (APGAR familiar) y apoyo social funcional (Cuestionario Duke-Unc).
2. Calidad de vida percibida en personas cuidadoras: se valora mediante el cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud a través de las láminas de medición del estado funcional COOP/WONCA, que explora: actividad física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, cambios en el estado de salud, estado de salud, dolor, apoyo social y calidad de vida.
3. Carga del cuidador: medida con la Escala de Carga de Zarit

Análisis: análisis descriptivo univariante, análisis comparativo (test de la Chi cuadrado o test exacto de Fisher) y análisis correlacional (el coeficiente de Pearson).

RESULTADOS:

Participaron 46 del total de 58 personas, con una edad media de 55,74 años (DE=11,6), el 82,6% mujeres y el 17,4% hombres, la mayoría está viviendo en pareja (76,1%), el 83% se encuentra inactiva laboralmente, el 82,6% tiene un nivel socioeconómico medio bajo y bajo, el 54,3% presentó un apoyo social normal, el 76,1% son familias normofuncionales. Respecto a la calidad de vida, los "peores" resultados obtenidos corresponden al apoyo social y al estado de salud, donde un 91,3% de la muestra no tuvo apoyo de ninguna persona. El apoyo social y la función familiar se relacionan estadísticamente con la calidad de vida. La calidad de vida está relacionada estadísticamente con la carga familiar. El 67,4% presentaban una sobrecarga intensa.

CONCLUSIONES:

El alto porcentaje de participación (79,31%) permite considerar la representatividad de la población diana que se pretendía estudiar.

El perfil del cuidador principal de una persona dependiente es de una persona de 44 a 66 años, mujer, casada o viviendo en pareja, ama de casa y con un nivel socioeconómico medio-bajo.

Sin embargo el apoyo social observado es bastante escaso y los cuidadores no sienten el respaldo de nadie que pueda suplirles en determinadas ocasiones, haciendo por ello que su carga sea mayor.

Los cuidadores que tienen mayor acceso o mayor nivel de apoyo social, tienen mayores posibilidades que los que carecen de éste para evitar las consecuencias más severas del cuidado, como pueden ser las consecuencias emocionales.

En la medición de la carga del cuidador resulta significativo que el 67,4% presentaban una sobrecarga intensa, y cuatro quintas partes de los cuidadores presentan sobrecarga en su tarea de cuidar en algún grado, moderado o intenso, y este es un dato preocupante que no se traduce en una disminución sustancial de la calidad de vida, relaciones sociales, actividades físicas, etc.

Un alto porcentaje de cuidadores presentan una carga intensa al cuidar de una persona dependiente, y está directamente relacionada la calidad de vida. El apoyo familiar y social que perciben los cuidadores son variables moduladoras de los niveles de calidad de vida y sobrecarga de los cuidadores de personas dependientes. La Ley de Dependencia y su retraso en la implantación no disminuido ésta carga ni cubierto sus expectativas, que son principalmente ayudas económicas y prestaciones físicas e instrumentales.

Se abren futuras líneas de investigación para conocer los recursos familiares y sociales que necesitan los cuidadores y contrastarlos con los que actualmente existen y los que se establecen en el catálogo de prestaciones de la Ley de Dependencia

BIBLIOGRAFÍA:

Flórez L, Flórez V, Rodríguez S. Familia y enfermedad de Alzheimer: nuevos horizontes de convivencia. Medicina Integral 2003; 41: 178-182

Bellón JA, Delgado A, Luna J de D et al. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Aten Primaria 1996; 18(4): 153-163

Zarit S, Reevier K, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly correlates of feelings of burden. Gerontologist 1980; 20:649-654

Orta A, Rodríguez RM, Prieto J. Atención al cuidador/a principal desde la Atención Primaria de Salud. Metas de Enferm 2007;10(6):18-22.

Molina JM, Iáñez MA, Iáñez B. El apoyo social como modulador de la carga de cuidador de enfermos de Alzheimer. Psicología y Salud 2005; 15: 33-43

Losada A, Montorio I, Izal M et al. Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales. Mº de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid 2006, IMSERSO.

Encuesta de condiciones de vida de los mayores. Estudios 2.647, IMSERSO-CIS, 2006. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic>

Rodríguez Cabrero G. Panorama Europeo de la protección social a la dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española. Política y sociedad 2007; 44(2):69-85.

Artaso I, Goñi S, Gómez M. Factores influyentes en la sobrecarga del cuidador informal del paciente con demencia. Revista de psicogeriatría 2001; 1:18-22.

Mesa de comunicaciones 23 / Concurrent session 23: Formación y gestión

AUTOR/ES:

Oter Quintana C (*), Alcolea Cosín MT (*), Sebastián Viana T (**), Martínez Ortega RM (*) Pedraz Marcos A (*) Centro de trabajo: (*) E.U.E. de la Comunidad de Madrid. (**) Hospital de Fuenlabrada. Correo electrónico de contacto: cristina.oter@salud.madrid.org

TÍTULO:

EL APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS EN LA ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS PRACTICO-CLINICAS.

La formación práctica en las carreras del área de las Ciencias de la Salud, entre las que se encuentra Enfermería tiene un lugar relevante ocupando el 50% del curriculum universitario. A través de esta formación práctico-clínica, los estudiantes van aprehendiendo el rol de la enfermera, adquiriendo las competencias necesarias para el ejercicio de la profesión de manera gradual a lo largo de toda la carrera. Estas competencias están relacionadas con el perfil de Enfermería y están asociadas a: valores profesionales; práctica enfermera y toma de decisiones clínicas; habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos; conocimiento y competencias cognitivas; competencias interpersonales y de comunicación; y competencias relacionadas con el liderazgo, la gestión y el trabajo en equipo. (1,2)

El aprendizaje de las disciplinas que conforman las Ciencias de la Salud se ha producido tradicionalmente en la universidad de manera parcelada. Esta división del conocimiento en compartimentos estancos, implica que las disciplinas se enseñan por sus contenidos propios y no por su contribución a una competencia determinada. Sin embargo, la práctica totalidad de las competencias que debe poseer el futuro profesional de la salud no derivan de una única disciplina. El estudiante en este modelo se ve obligado a reconstruir el puzzle de los conocimientos que necesita para llevar a cabo cualquier competencia básica de la profesión (3). Esta esquizofrenia de la integración del conocimiento disciplinar se produce ya desde el mismo momento en el que el estudiante comienza su práctica clínica, momento muy inicial en la carrera de Enfermería.

La evolución de las metodologías docentes en la educación superior en las últimas décadas ha sido constante, a partir de la reflexión sobre la necesidad de capacitar a los egresados para abordar la vida profesional con un rango de competencias suficientemente amplio, que abarque los pilares de la educación –aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a vivir juntos y aprender a ser- que indica el Informe de la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI. (4) En este marco, la introducción de metodologías en las que el estudiante adquiere un rol participativo y reflexivo de su propia formación ha sido una constante en los curriculum de las titulaciones de Ciencias de la Salud. La evaluación de estas experiencias desde los resultados del aprendizaje y desde las preferencias del estudiante han venido a confirmar la pertinencia de estos abordajes metodológicos en la formación. (5, 6)

El Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) es una metodología que se ajusta perfectamente a las evoluciones de los sistemas de enseñanza superior y sanitario, porque facilita no sólo la adquisición de conocimiento, sino de otras habilidades tales como trabajo en equipo, habilidades de comunicación, responsabilidad en el aprendizaje independiente, cooperación en la búsqueda de información, evaluación crítica de la información, escucha activa y respeto de los puntos de vista del otro. (7)

Existen numerosos estudios sobre los resultados de los estudiantes formados con ABP. En una revisión sistemática que exploraba la influencia del ABP en la adquisición de competencias en los estudiantes de Medicina, se encontraron evidencias fuertes del efecto positivo de esta metodología en las dimensiones cognitiva (sobre todo, en el manejo del conocimiento) y social. (8) Las revisiones de la literatura científica llevadas a cabo por Albanese & Mitchell (1993) o el de Smits, Verbeeke & Buissonje (2002), que concluyeron que, aunque existe un mayor entusiasmo e implicación de los estudiantes durante el aprendizaje, no se han detectado diferencias en el nivel de conocimientos adquiridos.

Ambos estudios destacan además que en las revisiones realizadas no se ha explorado la perspectiva del paciente. (9,10)

En la formación enfermera, los estudios de evaluación de la metodología son escasos. Baker et al. (2007) encuentran diferencias significativas en el aprendizaje con metodología ABP en competencias relacionadas con liderazgo, relación de ayuda, conocimiento, búsqueda de información e iniciativa, en un estudio realizado a enfermeras del posgrado de Administración en la Universidad de Indiana. (11) El llevado a cabo por White, Amos y Kouzekanai (1999) evalúa aspectos del aprendizaje, tales como la organización, la dedicación de tiempo, la corrección de los contenidos buscados y su aplicación en la práctica clínica. (12,13) Del impacto del ABP en la práctica asistencial, existe un estudio llevado a cabo en Sudáfrica con enfermeras que habían egresado hacía 6 a 9 meses de cuatro universidades que tienen implantada esta metodología en su curriculum y tres que no. Un total de 49 enfermeras fue entrevistado acerca de su nivel de competencia, mediante la descripción de un acontecimiento de su práctica asistencial ocurrido en el último mes y cómo lo había afrontado. También se entrevistó a las supervisoras de dichas enfermeras acerca de su opinión sobre el nivel de competencia que mostraban dichas enfermeras. Se siguió el marco teórico propuesto por Benner que señala cinco niveles competenciales: principiante, principiante avanzada, competente, hábil y experta. (14) Se utilizó un análisis cualitativo de los datos con triangulación de codificadores y se llegó a la conclusión de que las enfermeras formadas en el curriculum tradicional alcanzaban en su mayoría el grado de competentes, mientras que las formadas mediante ABP llegaban al nivel de hábil. Además, las gestoras que supervisaban a las segundas se mostraban mucho más entusiastas acerca del nivel competencial adquirido. (15)

Objetivo general:

Valorar la influencia del Aprendizaje Basado en Problemas en la adquisición de competencias práctico clínica de los estudiantes de enfermería.

Método:

Estudio de intervención controlado transversal.

Población de estudio:

-Grupo de intervención: Todos los alumnos que iniciaron la diplomatura en el curso 2005/2006 que han recibido formación con metodología ABP. (49 estudiantes)

-Grupo de control: Todos los alumnos que iniciaron la diplomatura en el curso 2004/2005 que recibieron formación con diversas metodologías. (71 estudiantes)

Se excluyeron del estudio aquellos estudiantes que repitieron curso, abandonaron la carrera o se incorporaron al grupo de intervención en 2º o 3º curso.

Variables:

-Independiente: Metodología docente, contemplándose dos categorías: formación con metodología basada en problemas (grupo de intervención) y formación con diversas metodologías (grupo de control).

-Dependiente: Calificación obtenida en cada uno de los items que recoge la evaluación de la formación práctica de los alumnos: responsabilidad, iniciativa, habilidad y destreza en técnicas y procedimientos manuales, organización y metodología en las actividades, comunicación/relación con usuarios y familiares y comunicación/relación con el equipo de trabajo.

Recogida y análisis de datos: Análisis comparativo de las evaluaciones de tutores de prácticas obtenidas por los alumnos matriculados por primera vez en los cursos académicos 2004/2005 y 2005/2006 en los tres años de la diplomatura de Enfermería, realizándose dos mediciones por cada curso, correspondientes a cada rotatorio de su práctica clínica. Se analizó la posible asociación en cada uno de los ítems que recoge la evaluación de la formación práctica entre la calificación obtenida (muy bien, bien, apto, apto condicionado y suspenso) y la metodología de aprendizaje empleada (ABP/no ABP) usando la prueba chi cuadrado.

Resultados:

En la comparación global entre los dos grupos se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la variable responsabilidad (p 0,019) y en los aspectos relativos a comunicación/relación con usuarios y familiares y comunicación/relación con el equipo de trabajo (p 0,05).

En la comparación por curso o nivel, no aparecen diferencias significativas en ambos grupos en el primer curso. En el segundo curso, se aprecian diferencias en el ítem responsabilidad (p 0,005), mientras que en el 3º curso aparecen diferencias significativas en las variables iniciativa (p 0,034), en habilidad y destrezas en técnicas y procedimientos con una p= 0,02.

Discusión:

Los datos recogidos en las evaluaciones de la práctica clínica, que pudieran estar asociadas con el cambio metodológico que se ha llevado a cabo en la Escuela desde el curso académico 2005-2006, sugieren que los efectos positivos de la metodología se dejan sentir más en los cursos superiores, siendo en el 3º año, donde estos se hacen más evidentes.

La bibliografía al respecto informa de resultados similares obtenidos en la evaluación de conocimiento en los grupos formados con ABP y en los que no lo hicieron con esta metodología.

Entre las limitaciones del estudio, podrían considerarse los cambios experimentados por los tutores de la práctica clínica, sujetos a los procesos de selección de las diferentes instituciones, y la incorporación de nuevas herramientas de evaluación, que completaban las ya existentes, en el 3º curso de ambos grupos.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Libro Blanco del Título de Grado de Enfermería. ANECA. Disponible en: http://www.aneca.es/modal_eval/docs/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf
2. EUE Vitoria-Gasteiz. Competencias profesionales: una guía para la formación práctica. Vitoria: Osakidetza; 2004.
3. Alfonso Roca MT. Metodología Docente e Innovación Pedagógica. En: Facilitando el aprendizaje. I Congreso Nacional de Calidad de la Enseñanza en Fisioterapia. Murcia, 8-10 de mayo de 2003.
4. Delors J et al. La educación encierra un tesoro: informe de la Unesco de la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI. Madrid: Santillana, 1999.
5. Canalejas Pérez MC, et al. Estilos de aprendizaje en los estudiantes de enfermería. Educación Médica 2005; 8(2): 83-90
6. Rassool GH, et al. Learning Style preferences of undergraduate nursing students. Nursing Standard 2007; 21(32):35-41.
7. Wood DF. ABC of learning and teaching in Medicine. Problem based learning. BMJ 2003; 326 (7384): 328-330.
8. Koh G, et al. The effects of problem-based learning during medical school on physician competency: a systematic review. CMAJ 2008;178(1):34-41
9. Albanese MA, et al. Problem-based learning: A review of literature on its outcomes and implementation issues. Acad Med 1993; 68: 52-81.
10. Smits PBA, et al. Learning in practice. Problem based learning in continuing medical education: a review of controlled evaluation studies. BMJ 2002;324:153-156.
11. Baker CM, et al. Learning Skills profiles of Master's students in Nursing Administration: Assessing the impact of Problem-Based Learning. Nursing Education Perspectives 2007; 28(4):190-195.
12. White MJ, et al. PBL: An outcomes study. Nurse Educ 1999; 24 (2): 33-36.
13. White MJ, et al. Teaching tools: Problem-based learning.dy. Nurse Educ 1998; 23 (2): 11-13.
14. Benner P. From novice to expert. Menlo Park, CA: Addison-Wesley; 1984.
15. Uys LR, et al. The competence of nursing graduates from Problem-Based Programs in South Africa. J Nurs Educ 2004; 43(8): 352-361.

AUTOR/ES:

Rodríguez García, Marta; Martínez Miguel, Esther; Tovar Reinoso, Alberto; García Salinero, Julia; Pulido Mendoza, Rosa; Mas Espejo, Marta

TÍTULO:

Aproximación al aprendizaje reflexivo en estudiantes de enfermería de la E.U.E de Cruz Roja de Madrid (U.A.M)

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción: Los nuevos requerimientos exigidos por el Marco Europeo de Educación Superior enfocan nuestra práctica diaria hacia la implantación de nuevas metodologías docentes que favorezcan el aprendizaje reflexivo de los futuros profesionales. El reto para los docentes es conseguir la autonomía del estudiante en la gestión de su propio aprendizaje, ejerciendo un rol activo-participativo en su formación profesional. Actualmente, la relación estudiante-docente se constituye de manera vertical y unidireccional, sin que el estudiante realice ningún proceso individual de reflexión. La formación en enfermería, hoy en día, sigue las premisas del paradigma positivista, prevaleciendo la preparación técnica, la detección de errores y dando respuesta a todos los interrogantes que surgen en el proceso de aprendizaje (1). Esta enseñanza no es más que un reflejo de lo que ha sido nuestra evolución histórica. La separación entre teoría y práctica existente en este momento, favorece que el estudiante encuentre grandes dificultades en la aplicación de la formación en las aulas, a la cotidianidad de la profesión (2). Según Lipman, uno de los objetivos de los modelos reflexivos, sería conseguir la autonomía del estudiante, favoreciendo la discusión, la reflexión y el pensamiento crítico sobre cualquier materia o disciplina (3). Este autor, habla de pensamiento de orden superior, que sería una fusión entre el pensamiento crítico y el creativo. El estudiante debería reflexionar en lo que hace y en el porqué lo hace, analizando las situaciones complejas que se generan durante su formación profesional. Dichas situaciones, pueden conducir a soluciones múltiples, en las que están muy presentes la incertidumbre, la autocorrección y que requieren gran esfuerzo personal. Pero, ¿cómo colaborar en la aproximación de los futuros profesionales hacia ese aprendizaje reflexivo?, ¿cómo acortar las distancias entre el aprendizaje teórico y el práctico?: mediante la implantación de metodologías en las que el docente guíe al estudiante y éste, pueda aplicar los conocimientos adquiridos, a la vez que ejercita sus habilidades críticas mediante su propia argumentación (4). En la asignatura de Médico-Quirúrgica se trabaja en la resolución de casos, planteando a los estudiantes situaciones de la realidad profesional. Durante el curso 2006-2007, se pidió a los estudiantes el uso de la metodología estructurada o sistemática (NANDA, NIC, NOC), pero intuimos que dicha metodología suponía una guía para los estudiantes, limitándose a copiar de los libros todos los cuidados que se requerían, sin favorecer su reflexión individual. Durante el curso 2007-2008 alternamos la aplicación de dicha metodología, con otra a la que hemos denominado no sistemática y que consiste en la identificación y argumentación del problema de salud del paciente y la aplicación de los cuidados de enfermería necesarios para su resolución.

Objetivo General: Describir y analizar las valoraciones y las opiniones de los estudiantes de 2º de Enfermería, de la E.U.E de Cruz Roja de Madrid (U.A.M) respecto al uso de dos metodologías de resolución de casos clínicos, en la asignatura de Enfermería Médico-Quirúrgica, como favorecedoras del aprendizaje reflexivo: sistematizada (NANDA, NIC, NOC) y no sistematizada.

Método:

- Tipo de diseño: Estudio cuali-cuantitativo realizado en dos fases. La 1ª fase, de carácter cualitativo, en el mes de Mayo de 2008 y la 2ª, de carácter cuantitativo, en el mes de Septiembre de 2008, en la E.U.E de Cruz Roja de Madrid (U.A.M).
- Población a estudio: los 71 estudiantes de 2º curso matriculados en la asignatura de Enfermería Médico-Quirúrgica (2007/2008).
- Variables de estudio: utilidad para la reflexión y el aprendizaje, complejidad de resolución, aplicación en la práctica, complejidad de elección y adaptación diagnóstica, utilidad de las NIC, uso del lenguaje profesional, abordaje integral del paciente, interrelación de contenidos, individualización de los cuidados, organización y sistematización, desarrollo de la identidad profesional y conocimiento exigido.

- Métodos de recogida de información: En la 1ª fase, se lanzó una pregunta en un foro de discusión en la plataforma virtual Moodle (Proyecto U.A.M), con la que se pretendían identificar las valoraciones de los estudiantes respecto a la resolución de casos con ambas metodologías. La 2ª fase consistió en la cumplimentación de un cuestionario de elaboración propia, con 15 ítems, validado por un 10% de los estudiantes, voluntario, anónimo y basado en la información obtenida en la etapa anterior. Cumplimentaron dicho cuestionario un total de 56 estudiantes (78.9%).

- Análisis de la información: 1ª fase, interpretación de las opiniones de los estudiantes en el foro de discusión; 2ª fase, descripción de las frecuencias de cada una de las variables y búsqueda de relaciones entre las variables más relevantes, utilizando para ello el programa SPSS v.15.

Resultados: Los resultados de la primera fase, parecen indicar, que el uso de la metodología NANDA, NIC, NOC para la resolución de casos clínicos constituye un método “más claro, ordenado y sistemático” que facilita la “organización de los datos” constituyendo, especialmente las NIC, una guía útil de Atención de Enfermería. Por otro lado, valoran que requiere “mucho más tiempo la resolución del caso”, resulta “más complejo”, encontrando especial “dificultad en la elección y priorización diagnóstica” y manifestando que “se limitan a copiar de los libros”. Respecto a la metodología no sistematizada, es valorada como “más sencilla”, requiere “menos tiempo” aunque “exige un mayor conocimiento de la materia”, favorece la “reflexión” y la encuentran más “coherente con la práctica profesional”. También, hacen referencia a la sensación de “dejarse algo importante sin poner”. Los resultados de la 2ª fase son los siguientes: todos los encuestados consideran que la resolución de casos favorece la reflexión y el aprendizaje de los contenidos de la asignatura, indistintamente del tipo de metodología. Con respecto a la metodología sistemática: un 66.1% manifestaron dificultades en la elección y priorización diagnóstica y un 83.9% opinaron que las NIC son de gran utilidad como guía en la resolución. El 80,4% consideró compleja esta metodología (muy compleja, el 23,2%), el 92,9% aplicable a la práctica profesional (muy aplicable 64,3%), el 89.3% que facilita el uso del lenguaje enfermero, el 91.1% que favorece el abordaje integral del paciente (favorece mucho 58,9%), el 91,1% que fomenta la interrelación de los contenidos de la asignatura (fomenta mucho 58,9%) y el 92.9% afirmó que la metodología sistemática facilita la organización y sistematización de los datos (muy sistemática 57,1%), el 98,2% que facilita la individualización del cuidado, el 91,1% que favorece el desarrollo de la identidad profesional y un 58,9% que exige un conocimiento profundo de la materia previo a la resolución del caso. En cuanto a la metodología no sistemática: el 82,1% la consideró compleja (muy compleja, el 42,9%), el 92,9% aplicable a la práctica profesional (muy aplicable 76,8%), el 94,6% que facilita el uso del lenguaje enfermero, el 94,6% que favorece el abordaje integral del paciente (favorece mucho 66,1%), el 96,4% que fomenta la interrelación de los contenidos de la asignatura (fomenta mucho 85,7%), el 80,4% que facilita la organización y sistematización de los datos (muy sistemática 33,9%), el 98,2% consideró que facilita la individualización del cuidado, el 91,1% que favorece el desarrollo de la identidad profesional y un 82,1% que exige un conocimiento profundo de la materia previo a la resolución del caso.

Posteriormente, se llevaron a cabo pruebas estadísticas para valorar la existencia o no de relaciones entre algunas variables. Se encontraron diferencias significativas en las siguientes: aplicación metodología ($p \leq 0,000$), facilidad de uso lenguaje enfermero ($p \leq 0,000$), abordaje integral ($p \leq 0,025$), interrelación de contenidos ($p \leq 0,000$), desarrollo identidad profesional ($p \leq 0,000$) y conocimiento exigido ($p \leq 0,027$), diferencias que deben ser exploradas en futuros estudios de mayor población.

Discusión: Parece evidente, que la resolución de casos facilita la reflexión y el aprendizaje de los contenidos de la asignatura, independientemente de cual sea la metodología utilizada para ello. Para los estudiantes, la resolución de casos supone un proceso complejo, que puede contribuir a acortar las distancias existentes entre la teoría y la práctica asistencial, ya que les plantean situaciones de la realidad profesional, facilitando la individualización de los cuidados y el desarrollo de la identidad profesional. Con respecto a la metodología sistemática, la mayoría manifiestan dificultades en la elección y priorización diagnóstica, aspecto que puede deberse a que se encuentran en periodo formativo y carecen de experiencia profesional. Por otro lado, las NIC, proporcionan ayuda en la elección de los cuidados adecuados a cada caso concreto y, en general consideran la metodología NANDA/NIC/NOC más sistemática y organizada. Según los estudiantes, la metodología no sistemática facilita, en mayor medida el uso del lenguaje enfermero, el abordaje integral del paciente y la interrelación de los contenidos de la asignatura, aunque la consideran menos sistemática y organizada.

Nuestra percepción como docentes, tras valorar la resolución de los casos clínicos e independiente de los resultados obtenidos, es que, si bien, la metodología NANDA, NIC, NOC puede servir de guía a los estudiantes y supone, para ellos, un método más sistemático y organizado, no parece favorecer la reflexión individual. Pudimos objetivar, que en el caso de la metodología no sistemática, el paciente era cuidado de manera holística, se argumentaba lo que le acontecía al paciente, sin encasillarlo en un solo problema de salud, individualizando y fomentando la creatividad del cuidado, ya que no utilizaban intervenciones estándar. Con la metodología sistemática, el principal problema fue que los estudiantes indicaban intervenciones que no eran adecuadas para el paciente, pero que eran transcritas en el caso, por el mero hecho de que aparecían en la NIC como adecuadas para el diagnóstico que ellos habían identificado y priorizado. Los estudiantes, en este caso, sólo trataban los problemas de salud que habían enunciado, olvidándose de cuidados esenciales y no individualizando en el paciente en cuestión. Como conclusión, esta investigación refuerza el pensamiento de que el docente debe guiar al estudiante, sin resolver todos sus interrogantes, apelando a la curiosidad y que la relación entre ambos debería basarse en el diálogo, contribuyendo a que el futuro profesional genere su propio conocimiento y que sea fruto de sus propias interpretaciones, experiencias y valores.

A la luz de las opiniones de los estudiantes, este proceso formativo-reflexivo, parece verse favorecido, con el uso de la metodología no sistemática, puesto que la sistemática parece ocultar lo humano de la complejidad del cuidado, contribuyendo a la medicalización del paciente, reduciendo a la persona a objeto de conocimiento, etiquetando sus experiencias y dificultando la orientación holística de los cuidados (5,6,7,8,9). Para Medina (10), la taxonomía es incapaz de captar la individualidad concreta de la vivencia de la enfermedad, ya que proporciona una mirada homogeneizante y clasificadora. Aunque no podemos apresurarnos a discusiones profundas, este estudio invita a una necesaria reflexión en torno al uso de las metodologías docentes que favorezcan el aprendizaje reflexivo.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1-Schön D.A. La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Barcelona: Paidós; 1992.
- 2-Lipman M. Pensamiento complejo y educación. 2ª ed. Barcelona: de la Torre; 1998.
- 3-Dewey J. Cómo pensamos. La relación entre pensamiento reflexivo y proceso educativo. Barcelona: Paidós; 2007.
- 4-Fernández Ferrín C, Luis Rodrigo M^ªT. La ciencia y la práctica (II). La enseñanza de los diagnósticos enfermeros. Metas 1998; 3: 10-14.
- 5-Granollers Sardá R, Montanuy Baró T, Estany Almirall P, Roca Bitria B, Ortega Jiménez B. ¿Utilizan las enfermeras el método científico? Rev ROL Enf 2006; 29(7-8):509-512.
- 6-Pérez Rivas FJ, Carrera Machado C, López Blasco MA, Muñón Muelas A, García Lopéz M, Beamud Lagos M. Nuevos indicadores en la provisión de servicios: diagnósticos enfermeros en Atención Primaria. Enf Clín 2004; 14(2): 70-6.
- 7-Izquierdo Carrasco JM, Pérez Badía MB, Ramírez Rodríguez FJ, Serrano Escalona I, Torres Montero MD, Conde Lara G. Implantación del proceso enfermero. Rev ROL Enf 2002; 25(7-8):488-493.
- 8-Watson J. Una visión crítica sobre los diagnósticos enfermeros. Rev ROL Enf 2006; 29(7-8): 494-497.
- 9-Guirao i Goris JA, Cuesta Zambrana A, Benavent Garcés A. Diagnóstico de Enfermería. Claves para su desarrollo. Rev ROL Enf 1999; 22(7-8): 554-557.
- 10-Medina Moya, JL. El regreso a la razón. La problemática de la construcción disciplinar a través del Diagnóstico de Enfermería. Rev ROL Enf 2006; 29(7-8): 43-59.

AUTOR/ES:

Álvarez-Aragón F, Álvarez-Rodríguez T, López-Vale C, Gorís-Pereiras A, De la Concepción-Dasilva P, González-Formoso C, Gil-Daponte B, Menor-Rodríguez MJ, Fontán-Rodríguez M.

TÍTULO:

UTILIZACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA

TEXTO DEL TRABAJO:

La elaboración de protocolos clínicos constituye una de las actividades más potenciadas a nivel internacional como parte de los programas de gestión de calidad asistencial. Pero el hecho de disponer de protocolos no asegura que estos se usen y sean de ayuda a los profesionales a los que implican. Hemos realizado una revisión bibliográfica consultando bases de datos de enfermería y medicina (CUIDEN, MEDLINE) y sólo hemos encontrado dos artículos que hacen referencia al tema. Ambos estudios se desarrollaron en el ámbito de Atención Primaria, en tres colectivos distintos: fisioterapeutas, coordinadores de enfermería y coordinadores médicos de Centros de Salud. En estos estudios se plantean dos preguntas a cada uno de los profesionales entrevistados: ¿Por qué cree que los fisioterapeutas/ enfermeros/ médicos de su área no utilizan más los protocolos? y ¿Qué sugerencias propondría para que se utilizaran más?

Los resultados en todos los casos son prácticamente superponibles: los motivos de que los protocolos se utilicen poco son fundamentalmente por falta de tiempo, problemas de organización, defectos de los protocolos y falta de formación. En cuanto a las sugerencias que los profesionales ofrecen para mejorar los protocolos son: perfeccionar los propios protocolos, mejoras en la organización y formación continuada.

APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS ESPERADOS:

Disponer de protocolos generales y/o específicos de enfermería es un objetivo de calidad y su tenencia y aplicación son indicadores de Calidad Asistencial.

Existe además un amplio consenso en cuanto a los beneficios de seguir los protocolos en la asistencia y cuidado de los pacientes porque:

- Unifican criterios.
- Mejoran la calidad asistencial.
- Proporcionan seguridad a pacientes y profesionales.
- Protegen a los profesionales, desde el punto de vista jurídico.

El hecho de saber si los protocolos de que disponemos se utilizan o no y cuáles son los motivos, así como conocer la opinión de los propios profesionales, nos ayudará a adecuar el diseño y contenido de los protocolos a las necesidades reales de sus usuarios/as.

OBJETIVOS:

Objetivo principal:

- Analizar el conocimiento y el uso de los protocolos por parte de las/os enfermeras/os de hospitalización.

Objetivos secundarios:

- Conocer los factores que influyen en el uso de los protocolos.
- Recoger la opinión de los profesionales acerca de la necesidad y utilidad de los protocolos

METODOLOGÍA:

- Estudio descriptivo, transversal, sin ninguna intervención. Estudio de opinión mediante una encuesta anónima .

- Sujetos de estudio (criterios de inclusión y exclusión, muestra, etc.): La población a estudio son la totalidad de enfermeras/os de las unidades de hospitalización del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (n=355).

Sobre el proyecto inicial se suprimen las enfermeras/os de unidades especiales y servicios centrales por no disponer de los mismos protocolos que en las unidades de hospitalización.

- Criterios de inclusión: serán válidas aquellas encuestas con el 70% de las preguntas contestadas.

- Variables, Recogida y Análisis de los Datos:

Variable principal: Uso de los protocolos.

Otras variables: Conocimiento de la existencia de protocolos en la unidad; Opinión sobre la utilidad de los protocolos; Opinión sobre la necesidad de los protocolos; Participación en la elaboración de protocolos; Centro de trabajo; Edad; Sexo; Años de experiencia.

El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS 14, calculando frecuencias, porcentajes, medias, medianas, desviación típica, rango máximo y mínimo, cuartiles y percentiles con sus correspondientes gráficos de barras o histogramas. Se utilizó la T-Student para la variable cuantitativa "edad" y para las variables cualitativas con dos categorías.

- Plan de Trabajo :

Varios miembros del equipo investigador, según disponibilidad, visitaron cada una de las unidades de hospitalización de los tres centros. Se presentaron a la supervisora de la unidad y le informaron del objetivo del estudio, solicitando su colaboración en la difusión y recogida de las encuestas. Dado que el trabajo de enfermería se distribuye en tres turnos, resulta imposible llegar personalmente a todos los profesionales, por lo que junto con las encuestas se entregó una carta de presentación en la que se explicaba brevemente el objetivo del trabajo, solicitando y agradeciendo la colaboración. La entrega se hizo en sobres personalizados y se dieron instrucciones para que la encuesta se devolviese sin sobre con el fin de garantizar el anonimato. En sucesivas visitas a lo largo del período de distribución se solicitó la participación de las/os enfermeras/os presentes en la unidad.

RESULTADOS:

Resultaron válidas 184 encuestas (51,83%) del total repartidas (n= 355). La media de edad de los profesionales fue de 39, rango (23-64) años. La experiencia profesional se situó entre 14 y 15 años de media. Se vió que los profesionales que trabajaban en unidades quirúrgicas tenían una media de edad superior, resultando ésta significativa ($p < 0,007$) así como más años de experiencia ($p < 0,014$). La vinculación laboral con la empresa resultó del 61,2% personal fijo, 29,8% interino y el 9% restante temporales.

En cuanto al conocimiento de la existencia de protocolos de enfermería en las unidades y a su aplicación se obtuvo lo siguiente: sondaje vesical, lo conocía el 64,1% y lo aplicaba el 65,2%; lavado de manos, lo conocía el 50% y lo aplicaba el 56,5%; prevención de flebitis, lo conocía el 60,3% y lo aplicaba el 67,4%; prevención de úlceras por presión (PUPP), lo conocía el 71,7% y lo aplicaba el 72,3%; tratamiento de úlceras por presión, lo conocía el 54,9% y lo aplicaba el 54,3%; acogida del paciente, lo conocía 67,9% y lo aplicaba el 63%; prevención de caídas, lo conocía el 44,6% y lo aplicaba el 41,3%; preparación prequirúrgica, lo conocía y lo aplicaba el 51,3%. Los motivos alegados para su no aplicación fueron: falta de tiempo (51,5%), no existen (9,6%), falta de medios (1,9%), no los entiendo (26,7%), no están actualizados (8,3%), están desordenados (0,6%) y falta de formación (1,3%). El sondaje vesical fue el único en el que resultó significativa su aplicación ($p < 0,014$) en el percentil de 19 a 32 años. El 73,4% opina que su trabajo diario mejoraría con la aplicación de los protocolos, un 10,4% opinan que no y un 17,2% NS/NC.

DISCUSIÓN

La baja tasa de respuesta, unida a las dificultades que nos hemos encontrado a la hora de recoger las encuestas, nos hace pensar que posiblemente el interés por el tema sea escaso.

De los resultados obtenidos podemos deducir que ninguno de los protocolos a los que se hace referencia es utilizado por una mayoría de las enfermeras/os. No hemos encontrado estudios similares para comparar datos, pero a la vista de los resultados obtenidos nos llama la atención que el protocolo con un mayor porcentaje de aplicación sea el de Prevención de UPP, posiblemente el hecho de ser un indicador de calidad asistencial al que continuamente se hace referencia y al trabajo de difusión que se hizo después de la última revisión, puede haber influido en el conocimiento y aplicación del mismo.

El porcentaje más bajo de aplicación lo obtiene el protocolo de Prevención de Caídas.

Queremos también resaltar que aproximadamente la mitad de los encuestados desconocen y no aplican el protocolo de lavado de manos.

Entre los motivos que los encuestados dan para no aplicar alguno de los protocolos referenciados, la mayor parte se deben a problemas de organización. La falta de tiempo encabeza la lista de motivos con amplia diferencia sobre los demás. Entre las respuestas hay varias que hacen referencia al tema: "sobrecarga de trabajo", "falta de personal" o "poca accesibilidad a los protocolos"

La inexistencia de los mismos en las unidades para poder consultarlos, según algunos de los encuestados, denota poco esfuerzo en la implantación y difusión de los mismos. También la falta de medios materiales, aunque en un pequeño porcentaje, es otro de los motivos señalados.

Otro de los motivos frecuentemente citado (35.6%) lo componen problemas de los propios protocolos, no actualizados y poco explícitos. El hecho de que un protocolo sea claro y entendible por todo el personal que tiene que aplicarlo y el que esté debidamente actualizado, son dos de los requisitos que los expertos consideran imprescindibles para proceder a su validación.

Por último, la falta de formación no es considerada como un motivo relevante por los encuestados para la falta de aplicación de los mismos.

Concluimos que el papel de la Dirección de Enfermería, y muy directamente de los mandos intermedios, es fundamental en la consecución de mejores resultados en cuanto a la aplicación de los protocolos, ya que en ellos recae la responsabilidad de impulsar la elaboración de protocolos nuevos y difundirlos, facilitar la formación para mantener los ya existentes actualizados y, por supuesto, monitorizar su cumplimiento.

Creemos que el tema es muy importante para nuestro desarrollo profesional, por lo que dejamos una puerta abierta a futuros estudios en la misma línea.

BIBLIOGRAFÍA:

BIBLIOGRAFÍA MÁS RELEVANTE (Últimos 5 años):

- 1 – B. Candia Bouso, C. Isasi Fernández. Manual sobre desarrollo de protocolos.
- 2 – J. Saura Llamas, P.J. Saturno Hernández. Evaluación y mejora del diseño de los protocolos clínicos. Atención Primaria. Vol. 13. Num 7. 30 Abril 1994.
- 3 – Medina i Mirapeix, F., Meseguer Henarejos, A.B., Saturno Hernández, P.J. et al. Factores que influyen en el uso de los protocolos clínicos, según la opinión de los fisioterapeutas de los centros de salud de la región de Murcia. Medifam, jun. 2001, vol. 11, nº 6, p.43-48. ISSN 1131-5768.
- 4 – Saura J., Saturno P.J., Gaona J.M., Romero J.R., González M. y Grupo de Investigación. Factores que influyen en el uso de los protocolos clínicos, según la opinión de los coordinadores de los centros de salud. Atención Primaria 1999; 24 (8): 480-6
- 5 – Criterios para a acreditación hospitalaria. Xunta de Galicia. Santiago, febreiro 2000.

AUTOR/ES:

Subirana M, Sampietro-Colom L, Esteve J, Fargues I, Esteve M

TÍTULO:

Características de la plantilla de enfermería que afectan a los resultados de los pacientes: Revisión sistemática

TEXTO DEL TRABAJO:

Antecedentes: Los cuidados de enfermería constituyen la provisión central del cuidado del hospital. Para hacer frente a los cambios en el sistema de salud es imprescindible que los hospitales exploren maneras innovadoras de reajustar los aspectos que influyen en el cómo se ofrecen los cuidados sin que se comprometa la calidad de los mismos (1,2). Delante de la presión continuada de contención de costes, y el incremento de la severidad de la enfermedad y la comorbilidad de los pacientes hospitalizados, los cuidados de enfermería adquieren una mayor importancia ya que la demanda de cuidados requeridos por parte de los pacientes se ve incrementada (2).

Aunque en 1996 el Instituto de Medicina (IOM) (1) divulgó que existía poca información para establecer conclusiones sobre la relación entre las características de la plantilla de enfermería y los resultados de los pacientes, la plantilla de enfermería y sus características son una preocupación importante debido a la posible repercusión en los resultados. La evidencia publicada indica que las características de la plantilla de enfermería tienen un gran impacto sobre la seguridad y la calidad de los cuidados que reciben los pacientes hospitalizados. Diversos estudios demuestran al menos una cierta asociación entre una relación enfermera-paciente baja y la presencia de resultados adversos (3-5).

Los estudios que relacionan actividad de enfermería y resultados en salud de los pacientes, a menudo incluyen medidas estructurales del cuidado como por ejemplo: número de enfermeras, porcentaje o cociente enfermera-paciente, organización de los cuidados, cultura de la organización, y la medida de la carga de trabajo entre otras. No obstante, es poco frecuente que se empleen medidas de intervención o de proceso de cuidado que, sin lugar a dudas, influyen en mayor medida sobre los resultados en salud de los pacientes (6). El análisis de estos estudios revela que hasta el año 2000 los resultados que presentan son contradictorios. Además, se pone de manifiesto que la mayoría de resultados analizados se centran en resultados adversos de los pacientes. Esto es debido a que los resultados adversos son probablemente mucho más documentados en los registros hospitalarios que los resultados positivos. Junto a estudios que demuestran una gran relación entre niveles altos de plantilla de enfermería y baja mortalidad, disminución en los errores de medicación, baja incidencia de infección nosocomial y de úlceras por presión, otros estudios no demuestran ninguna asociación entre niveles altos de plantilla y resultados positivos en salud (7-9). No es hasta el año 2002, que el trabajo de Aiken publicado en JAMA (4), objetiva una clara relación entre un cociente enfermera-paciente bajo y un aumento en la mortalidad y en el riesgo de complicaciones en pacientes quirúrgicos. Además se observa que las enfermeras que trabajan en estas condiciones, son más proclives a las experiencias de burnout e insatisfacción laboral.

Es importante destacar la existencia de una serie de factores que juegan su papel en la relación entre la actividad de enfermería y los resultados en salud. Así, es importante incluir la formación que ha recibido la enfermera, sus años de experiencia, el medio en el cual desarrolla su trabajo, el nivel de estrés laboral y el grado de satisfacción. Otro aspecto a considerar es el momento en que deben medirse los resultados. Verran sugirió que muchos de los efectos de unos cuidados de enfermería de calidad, puede que no se observen hasta después del alta hospitalaria (10). Finalmente, los aspectos relacionados con la organización específica de los cuidados (entre otros el "magnet hospital environment"), los modelos de cuidado (modelo centrado en el cuidado del paciente, "pathways" basados en la evidencia científica y el modelo de la efectividad del rol enfermero) así como la cultura de la organización también repercuten en los resultados en salud de los pacientes y deben ser considerados (11).

La monitorización del estado de salud del paciente, la integración de los cuidados y la administración de tratamientos, son funciones enfermeras que directamente afectan a la calidad de

los cuidados y a la seguridad de los pacientes (2). En principio es lógico pensar que si hay mayor número de enfermeras esto se puede traducir en más horas de cuidado, en mejores cuidados y por lo tanto se puede asumir que, en esta situación, mejora la calidad de los cuidados y los resultados de los pacientes. Cuando nos referimos a las características de la plantilla de enfermería consideramos una aproximación global a la medida de la actividad plantilla y a aspectos concretos como la experiencia, insatisfacción laboral, burnout ect. Existe una gran variabilidad en la medida de la actividad, desde los sistemas que miden tiempos de cuidados, tipos de intervenciones, o cargas de trabajo a través de instrumentos específicos, a los indicadores de la plantilla de enfermería. Los indicadores más utilizados son los cocientes enfermera-paciente o paciente-enfermera, la plantilla total de enfermería, las horas por paciente y día, las jornadas completas por día por paciente y el "skill-mix".

Cuando se analizan las variables de resultado se observa que en la mayoría de estudios se definen a partir del ICD-9 ("International Code Disease"). Otras variables de resultados se han seleccionado por haber sido validadas previamente como indicadores de calidad de la AHRQ ("Agency for Healthcare, Research and Quality"), por ser definidas basándose en los criterios del CDC ("Centers for Disease Control and Prevention") o a partir de una búsqueda previa de la literatura de las variables de resultado sensibles al cuidado de enfermería. En los últimos 15 años de investigación sobre los resultados de los pacientes, se han identificado varios resultados sensibles a las intervenciones de enfermería y se han desarrollado diversas tipologías para categorizarlos. Los resultados sensibles a la actividad de enfermería ("nursing-sensitive outcomes") se definen como aquellas variables de estado, de condición o de percepción del paciente o de la familia, que se producen como respuesta a una intervención enfermera. Estos resultados constituyen un indicador de calidad de los cuidados enfermeros (6).

Las variables de resultado más analizadas son la mortalidad, las infecciones nosocomiales, la aparición de complicaciones iatrogénicas, caídas, errores en la medicación y eventos adversos en general, entre otras. Calidad asistencial y seguridad del paciente

La evaluación y la mejora de la calidad asistencial, plantea la necesidad de objetivar la adecuación de los recursos disponibles y los resultados en salud obtenidos a partir de estos recursos. Para objetivar la medida de la calidad asistencial de los cuidados de enfermería, es imprescindible que los resultados de los pacientes estén plenamente relacionados con la efectividad de las intervenciones de enfermería y sean sensibles a dichas intervenciones (2). Según estableció Donabedian (12) en 1966, existen tres categorías o enfoques de la evaluación (estructura, proceso y resultado), que reúnen toda la información que permite generar deducciones sobre la calidad asistencial. Dentro de la categoría de estructura se valora las cualidades de los centros en los que se produce la asistencia; la categoría proceso incluye todas aquellas actividades que se realizan al dar y al recibir asistencia y en la categoría resultado se incluyen los efectos de la asistencia en el estado de salud del paciente y de la población. Por tanto, es necesario que la medida de los indicadores de cuidado, se acompañe de medidas estructurales, de proceso y de resultado.

La revisión de la literatura acerca de los resultados sensibles de enfermería, se puede realizar bajo la perspectiva de dos marcos conceptuales, el modelo de efectividad del rol enfermero y el marco de medida que informan y estructuran la revisión de las propiedades psicométricas y la utilidad clínica de los instrumentos que miden los resultados de interés. En este proyecto se empleará el modelo de efectividad del rol enfermero para identificar las variables de estructura, proceso y resultado (6).

Objetivo: Revisar el estado de conocimiento científico sobre como diferentes características de la plantilla de enfermería afectan a los resultados de los pacientes.

Métodos: Revisión sistemática sobre la relación entre la plantilla de enfermería y los resultados de los pacientes. Estrategia de búsqueda: Se realizaron búsquedas en CENTRAL, la biblioteca Cochrane Plus 2006, número 4; MEDLINE (1964 - 2006; acceso vía PubMed), CINAHL (1982 - 2006; acceso vía Ovid), EMBASE (1980 - 2006; acceso vía Ovid), PsycINFO (1806 - 2006; acceso vía Ovid). Criterios de selección: Estudios originales en pacientes adultos ingresados en hospitales de agudos, en los que se analice la relación entre las características de la plantilla de enfermería y los resultados de los pacientes, de cualquier diseño y publicados en lengua española e inglesa. Recopilación y análisis de datos: Dos revisores de forma independiente evaluaron la calidad de los estudios y extrajeron los datos. Las variables objeto de estudio se estratificaron a dos niveles: 1). Variables relativas a las características de la plantilla de enfermería y 2). Variables referentes a los resultados de los pacientes.

La calidad metodológica y la clasificación de las variables según su interés y relevancia se realizó mediante el sistema GRADE*. Se identificaron 4.229 estudios potencialmente relevantes, de estos se descartaron 1.262 duplicados. A partir de las 2.967 referencias de estudios únicos se excluyeron 2.067 por no ser relevantes para el tema de revisión. Se llevó a cabo una revisión por pares de las 900 referencias, y se recuperó el texto completo de 217 referencias para su análisis detallado y para la extracción de datos.

Resultados: 59 estudios originales responden al objetivo de la revisión. Todos los estudios son de carácter observacional. Las relaciones que muestran una tendencia positiva son: 1). Número de pacientes por enfermera y incidencia de complicaciones; horas de enfermería con satisfacción, infección nosocomial, sangrado gastrointestinal y días de estancia; y 2). Proporción de enfermeras registradas e infección urinaria. La evidencia no es concluyente cuando se relaciona: 1). Número de pacientes por enfermera y úlceras por presión y readmisiones; y 2). Proporción de enfermeras con la presencia de sepsis, fallo pulmonar, trombosis venosa, fracaso en evitar complicaciones y mortalidad. Los estudios identificados son de escasa calidad.

Discusión: La revisión sistemática realizada, muestra que existe una tendencia de efecto entre las características de la composición de la plantilla de enfermería y los resultados en los pacientes adultos ingresados. Las variables de enfermería más estudiadas han sido el número de pacientes por enfermera y el número de horas de enfermera por paciente. Se podría plantear que al haber menos pacientes por enfermera se puede llevar a cabo un tipo de atención que evite la aparición de posibles complicaciones. Sin embargo, la literatura científica revisada no aporta datos concluyentes sobre esta hipótesis ni sobre cual es la relación paciente/enfermera más adecuada para garantizar unos cuidados seguros y de calidad. La calidad de los estudios condiciona la interpretación de los resultados obtenidos, ya que nuevos estudios de mayor calidad podrían variar la dirección del efecto observado. Por ello, los resultados que se extraen de esta revisión tienen que considerarse con cautela y valorarlos a modo de tendencia.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Staffing and Quality of care in Hospitals. In: Wunderlich G, Sloan F, Davis C, editors. Nursing Staff in Hospitals and Nursing Homes. It is adequate?. Institute of Medicine, Division of Health Services. Washington DC: National Academy Press; 1996. p. 92-127.
2. Stanton MW, Rutherford MK. Hospital nurse staffing and quality of care. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004. Research in Action Issue 14. AHRQ Pub. No. 04-0029.
3. Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, et al. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. JAMA 2003;290(12):1617-23.
4. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, et al. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA 2002;288(16):1987-93.
5. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, et al. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. N Engl J Med 2002;346(22):1715-22.
6. Stanton MW, Rutherford MK. Hospital nurse staffing and quality of care. Rockville (MD): Agency for Health Research and Quality; 2004. Research in Action Issue 14. AHRQ Pub. No. 04-0029.
7. Aiken LH, Sloane DM, Lake ET, et al. Organization and outcomes of inpatient AIDS care. Med Care 1999;37:760-72.
8. Blegen MA, Vaughn T. A multisite study of nurse staffing and patient occurrences. Nurs Econ 1998;16:196-203.
9. Shortell SM, Zimmerman JE, Rousseau DM, et al. The performance of intensive care units: does good management make a difference?. Med Care 1994;32:508-25.
10. Verran JA. Quality of care, organizational variables, and nurse staffing. In: Wunderlich G, Sloan F, Davis C, editors. Nursing Staff in Hospitals and Nursing Homes. It is adequate? Institute of Medicine, Division of Health Services. Washington DC: National Academy Press; 1996. p. 308-32.
11. Pringle D, Doran DM. Patient outcomes as an accountability. In: Doran DM. Nursing-sensitive outcomes, State of the Science. London : Jone and Bartlett Publishers International; 2003. p. 1-25.
12. Donabedian A. JAMA 1998;260(12):1743-8.

AUTOR/ES:

S. Corchón Arretxe; C. Orovioicoechea Ortega; M. Arantzamendi Solabarrieta; R. Watson; M.I. Saracíbar Razquin.

TÍTULO:

Evaluación de una intervención para el desarrollo de la capacidad y actividad investigadora enfermera en el ámbito asistencial.

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción:

Para el desarrollo del conocimiento de la enfermería resulta imprescindible la utilización del método científico (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 la importante evolución que la investigación en enfermería ha vivido en las últimas décadas, todavía es limitada en el contexto español, especialmente en el ámbito clínico (3). Esto se debe en gran parte a que no existe una cultura investigadora que la favorezca (4,5).

Por lo tanto, existe un creciente interés en promover la investigación enfermera en España (6-9) y 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).

En el presente estudio se diseñó e implantó una intervención para fomentar el desarrollo de la capacidad y actividad investigadora enfermera en el ámbito asistencial basada en un conocimiento previo del contexto. En esta comunicación se presenta la evaluación de la intervención.

Objetivos de la comunicación:

Presentar la evaluación del impacto de una intervención diseñada para fomentar la investigación en enfermería en el ámbito asistencial. En concreto, se pretende desarrollar la capacidad y la actividad investigadora enfermera, así como influir en los factores determinantes en su desarrollo: barreras y facilitadores.

Método:

Se llevó a cabo un estudio que constó de tres fases: exploratoria, de desarrollo y de evaluación. Para evaluar el impacto de la intervención se utilizó la "evaluación realista", metodología que reconoce la importancia del contexto en el resultado, considerando que los mecanismos que generan el cambio son dependientes del contexto (11). Tras la fase exploratoria, que se realizó para conocer la cultura investigadora enfermera de un centro hospitalario, se diseñó una intervención acorde a las características del contexto. El estudio se realizó en la Clínica Universitaria de Navarra.

La implantación de la intervención duró un año (enero 2007-enero 2008) y se realizó en todo el hospital (unidades de hospitalización, consultas y servicios especiales). La intervención consistió en el establecimiento de una red de mentoras de investigación cuya función era dar formación y realizar sesiones de crítica de artículos ("Journal clubs") para enfermeras. Se realizaron dos cursos de formación para diferentes grupos de enfermeras y un total de 11 sesiones de crítica de artículos. En la fase de evaluación, la muestra (N=138) estuvo constituida tanto por enfermeras que participaron en la intervención (grupo intervención, n=57) como enfermeras que no (grupo control, n=81).

En este estudio se recogieron datos en cuatro momentos diferentes: T0 (fase exploratoria), T1 (antes de la intervención), T2 (inmediatamente después de los cursos de formación) y T3 (un año después de la intervención). Con el grupo control se recogieron datos en la fase exploratoria (T0) y al final de la intervención (T3), mientras que con el grupo intervención, la recogida de datos se realizó en T1, T2 y T3.

La evaluación se ha llevado a cabo a través de cuestionarios con preguntas abiertas y cerradas, y test objetivos, que recogen información acerca del nivel de conocimiento, actitudes, cambios en las percepciones de las enfermeras acerca de las barreras y facilitadores, y su percepción sobre la intervención en general. El análisis de los datos cuantitativos ha sido estadístico, (t de student y ANOVA) (SPSS v15.0), mientras que los datos cualitativos han sido analizados siguiendo un proceso inductivo (análisis de contenido) (12).

Resultados:

El índice de respuesta fue del 79%.

Las enfermeras del grupo control, que no habían participado en ninguna actividad llevada a cabo durante la intervención, no presentaron diferencias significativas entre T0 y T3 en lo que se refiere al conocimiento y actividad investigadora. Sin embargo, las actitudes de las enfermeras hacia la investigación mejoraron significativamente ($p < 0.01$) a lo largo de la implantación de la intervención en el hospital.

En el grupo intervención, se midió la capacidad investigadora enfermera: conocimiento y habilidades, y su percepción acerca de los factores influyentes en el desarrollo de la investigación, barreras y facilitadores. Tanto el conocimiento sobre metodología de investigación, como las habilidades, mejoraron significativamente entre T1 y T2, y este cambio se mantuvo hasta un año después, T3 ($p < 0.001$). También hubo cambios significativos en su opinión sobre los factores influyentes, percibiendo tras la intervención (T3) más barreras que al inicio (T1) ($p < 0.001$).

En general, las percepciones y comentarios de las enfermeras sobre la intervención fueron positivos. La utilidad e interés de los cursos de formación de investigación fueron valoradas con un 8.8 sobre 10, y el 100% de las enfermeras indicó que le gustaría participar en más actividades formativas relacionadas con la investigación, cursos y sesiones de críticas de artículos.

Discusión:

En estos momentos de grandes expectativas para nuestra profesión resulta imprescindible impulsar la investigación en enfermería (6-8). Los resultados de este estudio indican que la intervención diseñada e implantada en el hospital tuvo un impacto claro y mantenido en el tiempo en la capacidad investigadora enfermera. Además, no sólo se beneficiaron las enfermeras que participaron en la misma, sino que las actitudes del resto también mejoraron. Asimismo, teniendo en cuenta la acogida de la intervención, se ha visto que las enfermeras del ámbito asistencial manifiestan interés y están motivadas en participar en actividades de investigación. El hecho de que las enfermeras percibieran menos facilitadores al final de la intervención se explica por factores contextuales externos a la intervención que han tenido lugar en el hospital y han influido en parte de los resultados.

Esta intervención puede servir de modelo para otros centros asistenciales que pretendan fomentar la investigación en enfermería a través de la capacitación de los profesionales, y por lo tanto contribuir al desarrollo de nuestro conocimiento y a la mejora de la calidad de los cuidados enfermeros (1,2).

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.Pawson R, Tilley N (1997) *Realistic Evaluation*. SAGE Publications Ltd: London
- 12.Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research. Principles and methods (7th ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. .

AUTOR/ES:

Gouveia, Maria do Carmo Lemos Vieira

TÍTULO:

"Que hacen los enfermeros cuando cuidan los pacientes?"

TEXTO DEL TRABAJO:

Se hace cada vez más importante demostrar lo que pueden ofrecer los servicios y cuidados de enfermería. Identificar sus características, explicar el proceso de atención de enfermería y determinar su ámbito de competencia, es esencial para aclarar su naturaleza y hacer reconocidas su contribución social y de salud, permitiendo una mano a las personas que reciben la atención, saber qué esperar y en segundo lugar, a los proveedores de cuidados, solicitar los medios y condiciones para su desempeño.

Muchos enfermeros son incapaces de explicar claramente la naturaleza de su contribuyo para la promoción de la salud. Cada enfermero tiene su esquema referencial, su concepto apropiado de la profesión, su manera de entender su papel. Si embargo, es difícil indicar por las palabras la imagen mental que tiene de su profesión.

Una imagen poco clara, exige una definición que es posible tras una presentación clara de la situación. La reflexión en lo que hacemos y como lo hacemos, es un acto de salud mental y de salud social que nos posibilita tomar en consideración nuestra identidad profesional, como una reconstrucción continua, imprescindible para el cambio y la transformación. El cambio, consiste en clarificar y explicitar nuestra representación mental. Eso es necesario a nuestra credibilidad científica y a nuestro reconocimiento político e social.

De allí nos colocarnos la cuestión: "Como se procesa la relación enfermero-cliente en el proceso de cuidar en enfermería?", que ha dado cuerpo a este estudio, en lo cual tuvimos como principales objetivos: "Conocer los elementos del cuadro (s) de referencia que dirigen la práctica clínica de los enfermeros" e "Analizar como se procesa la comunicación enfermero-cliente en un servicio de urgencia"

Las Palabras llave definidas en este estudio, fueran: Relación enfermero-cliente; Cliente; y Enfermero.

Tomando en referencia el procedimiento de Cuidado en Enfermería y los supuestos teóricos defendido por Sunddeen et al (1981), Benner (1984), Watson (1985), Chalifour (1989), Swanson (1991), Peplau (1992), Kèrouac et al (1996) y Collière (1999) e al nivel metodológico, los supuestos teóricos de Carmo y Ferreira (1998); Bogdan y Biklen (1994); Patton (1990); Morse (1994); Tesch (1990); Vala (1986) y Bardin (1995), desarrollamos un estudio de caso analítico, en una perspectiva cualitativa, usando el Método de Análisis de la interacción (Morse, 1994).

Quince Enfermeros de las cinco equipas de enfermería del servicio de urgencia de un hospital Portugués, adherirán voluntariamente al estudio. Desees, solo ocho participaran en el estudio por se haber verificado la repetición de datos con lo 5º enfermero observado, siendo alcanzada la saturación de los datos con lo 8º observado. Los criterios de selección de los enfermeros participantes del estudio incluirán: Ejercer funciones en la prestación directa de cuidados de enfermería en el servicio donde fui efectuado el estudio, tiñendo por lo menos 6 meses de servicio; dar el asentimiento en la observación de su relación con el paciente, e disponibilidad para la entrevista audio gravada en cinta magnética después de la explicación de los objetivos de las mismas e de la privacidad y el anonimato asegurados. Han sido excluidos del estudio los enfermeros especialistas y los jefes de equipo y del servicio.

Considerando el tipo de estudio efectuado y los objetivos definidos, optamos a una triangulación de técnicas de colecta de datos, teniendo como herramienta exploratoria y técnica principal, la observación participante con un salto en profundidad e como técnica complementaria la entrevista poco estructurada en profundidad.

Durante 5 meses, se efectuaran 29 observaciones y 8 entrevistas. La saturación de los dados de cada enfermero en relación a si propio, determinó el numero de observaciones, las cuales variaran entre 3 y 4 por enfermero.

La validez interna de la información obtenida de la descripción de las observaciones y de la transcripción de las entrevistas se ha asegurado, tras el retorno a los sujetos que la validaran confirmando la veracidad y la precisión de los aspectos observados e transcritos, y el recurso a otros investigadores.

Los datos se analizarán tras la técnica del análisis del contenido, (Tesch,1990; Vala,1986; Bardin,1995) y el método de análisis de la interacción (Morse, 1994).

El análisis de los datos se efectuó con un proceso de Categorización después del examen de todas las unidades obtenidas del significado de la transcripción de las entrevistas y de la descripción de las observaciones. En un proceso de comparación constante y triangulación de los datos obtenidos, construimos una árbol ramificada de codificación, cuya base es constituida por las grandes categorías emergentes del análisis efectuada. En la fase final de este proceso, los resultados obtenidos se someterán a la validación de tres jueces con la formación y la experiencia en el área de la investigación.

Por la triangulación de datos, se identificó el tema: "Interacción enfermero-cliente", que contiene las categorías "Enfermero en la interacción", "Contexto inmediato de la interacción", y "Cliente en la interacción".

En cuanto a la categoría "Enfermero en la interacción", se han identificado entre otros, las sub-categorías "Tipos de acción", "Proceso mental seguido" y "Los sentimientos expresados por el enfermero." Las conclusiones más significativas destacan que, en la categoría "Enfermero en la interacción", las intervenciones desarrolladas por los enfermeros del estudio, corresponden a los procesos del cuidar definidos por Swanson (1991) e incluyen Conocer, Estar con, Hacer para, Hacer posible y Guardar la creencia. Los enfermeros han manifestado la preferencia a las intervenciones del tipo Hacer posible e Estar con, lo que indica una dirección para la atención y los cuidados relacionales.

En el tipo de acción Hacer posible, las prioridades incluyen las acciones "dar información", "dar poder", "Validar" y "Ayuda", que reflejan la acción de educación del enfermero, vehiculan una especie de fuerza liberadora de los cuidados y reforjan la centralidad de la persona y la capacidad de actuar en asociación. Cuando faculta el poder al cliente, el enfermero le permite tomar decisiones, decidir libremente Y realizar su potencial para influir en su salud.

En el tipo de acción "Estar con", que demuestra la proximidad del enfermero en la interacción, predominan las acciones "preserva la dignidad", "está disponible", "mira a los ojos", "utiliza un lenguaje sencillo", "aplica toque terapéutico" y la acción "presencia", lo que se traduce principalmente en este estudio, en una especie de presencia equivalente a la presencia plena en la cual el enfermero fue física y psicológicamente presente en el contexto del cliente.

En la sub-categoría "Procedimiento Mental seguido", encontrado a través de la "intención de la acción", de los "resultados esperados para la acción" y "del proceso de toma de decisiones del enfermero", hay un claro predominio de intenciones de "estar con", con alguno distanciamiento de las intenciones del tipo "hacer para" y "hacer posible", que indican una cierta discrepancia entre los tipos de acciones elaborados en la práctica y la explicación de las intenciones de los enfermeros. Hay un discurso ideológico en la orientación de los enfermeros Y un deseo idealizado de estar con el cliente. A pesar de las pequeñas discrepancias identificadas, se observó que las intenciones manifestadas por las acciones corresponden a los tipos de acción identificados durante el proceso de atención de enfermería.

A la luz de los paradigmas propuestos por K rouac (1994), hay una directriz predominante para el paradigma de la Integración, que expresa la importancia que se concede a la relación con el cliente, a el establecimiento de un clima de cercanía, a la confianza y bienestar, a la tranquilidad del cliente, a la empatía, a el reconocimiento de los derechos y deberes del Cliente, a el reconocimiento de los miedos, sentimientos, preocupaciones y las dificultades de la persona, y a la preocupación con el sufrimiento en sus diversas dimensiones. También hay influencias del paradigma de la Transformación, tras la importancia que se concede a la individualidad de la persona, en el reconocimiento del derecho de la persona a la información y la toma de decisiones consciente y en la capacidad de los enfermeros para escuchar, reconocer y actuar de acuerdo a los problemas del cliente. También son visibles algunas de las influencias del paradigma de la Categorización, tras el énfasis de la intención de "hacer para".

En términos de resultados esperados en el cliente de acuerdo a sus acciones, los sujetos del estudio se centraran en el bienestar del cliente, que incluye no sólo la comodidad física, la reducción del sufrimiento y la tranquilidad del cliente, sino también la presencia de sentimientos de confianza, la seguridad y la autoestima.

Con menos expresividad también fueron destacados por los participantes del estudio, la necesidad del cliente ser informado, decidir conscientemente, recuperar su estado de salud, ser entendido por el enfermero y expresar sus sentimientos.

Una análisis comparativo de las medidas adoptadas por los enfermeros, las intenciones expresadas por las acciones y los resultados esperados en el cliente de acuerdo a sus acciones, revela la concordancia en la expresión de las suyas intenciones, la práctica de cuidados de enfermería e los resultados esperados en el cliente.

En lo que se refiere a los Sentimientos Expresados por los enfermeros en la interacción, los enfermeros Expresan con frecuencia sensaciones de Bienestar e Satisfacción en la relación de cuidado con el cliente. Con Respecto a los sentimientos negativos, estos fueron expresión única de los enfermeros con el tiempo el ejercicio profesional a menos de 5 años.

Creemos que El actual estudio contribuye a clarificar el proceso del cuidado en la relación del enfermero con el cliente, ayuda a la toma de conciencia de la orientación de los enfermeros en la práctica de enfermería, permite la reflexión personal del enfermero en su forma de cuidar el cliente y contribuí a la puesta en práctica del proyecto del desarrollo de la calidad de los cuidados de enfermería, en el servicio donde fue desarrollado. El análisis de la relación enfermero-cliente, ha permitido describir los cuidados efectuados por los enfermeros y comprender la realidad observada, transformando los resultados obtenidos en un valor a agregar al cuerpo del conocimiento científico de la Disciplina de enfermería, con utilidad a la formación de los actuales y los futuros profesionales de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA:

Benner, P.; Wrubel, J. (1989), *The primacy of caring: stress and coping in health and illness*, Addison-Wesley, Menlo Park.

Chalifour, J. (1989), *La relation d'aide en soins infirmiers, une perspective bolistique-humaniste*, Lamarre, Paris.

Collière, M. Françoise (1999), *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Lisboa.

Damáσιο, António R. (2000), *O sentimento de Si*, Publicações Europa-América.

Henderson, V. (1994), *La naturaleza de la enfermería: una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación*, Interamericana, N. York.

Kérouac, Suzanne et al. (1996), *El pensamiento enfermero*, Masson, Barcelona.

Leininger, M. (1988), *Caring: an essencial human need*, Wayne State University Press, Detroit.

Lopes, Manuel José (1999), *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento sócio-Moral*, Gráfica 2000, Lisboa.

Morse, Janice et al (1990), *Concepts of caring and caring as a concept*, "Advances in Nursing Science", 3 (1) Sep., pp.1-14.

Morse, Janice M. (1994) *Design Funded Qualitative Research*, in Denzin, Norman K.; Lincoln, Yonna S., «Handbook of Qualitative Research», Sage Publications, London.

Patton, Michael Quinn (1990), *Qualitative evaluation and research methods*, SAGE Publications, 2ª ed., Califórnia.

Peplau, Hildegard E. (1990), *Relaciones interpersonales en enfermería*, Ed. Científicas y técnicas, Barcelona.

Sundeen, S. et al. (1981), *Nurse-client interaction: implementing the nursing process*, The CV Mosby Co, St Louis.

Swanson, Kristen M. (1991), *Empirical Development of a middle range theory of caring*, "Nursing Research", 40 Mai-jun, pp. 161-166.

Tesch, Renata (1990), *Qualitative research – analysis types and software tools*, The Falmer press, New York.

Watson, J. (1988), *Nursing: Human science and human care. A theory of nursing*, National League for Nursing, New York.

AUTOR/ES:

CIDONCHA MA, GISTAU MC, CAMPO C.

TÍTULO:

SEGURIDAD DEL PACIENTE Y REGISTROS ENFERMEROS: A PRÓPOSITO DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN

TEXTO DEL TRABAJO:**INTRODUCCIÓN:**

La seguridad clínica es un componente esencial de la calidad asistencial.

Los sistemas sanitarios cada vez más complejos, junto con pacientes más vulnerables conforman un entorno clínico en el que aparecen los efectos adversos (EA) ligados a la asistencia. Estos se definen como cualquier acontecimiento asociado al proceso asistencial que supone consecuencias negativas para el paciente. Son daños, lesiones o complicaciones que acontecen durante el proceso asistencial y al no estar directamente producidos por la enfermedad o proceso nosológico en sí, se pueden considerar motivados por el propio sistema sanitario, ya sea por acción u omisión.

Su trascendencia se expresa en forma de fallecimiento, lesión, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o incremento del consumo de recursos asistenciales en relación con la asistencia sanitaria.

El estudio ENEAS 2005 estimó que la incidencia de pacientes con sucesos adversos relacionados directamente con la asistencia hospitalaria era de 8,4%. Los tipos de EA fueron clasificados en relación con la medicación, con los cuidados, relacionados con la infección nosocomial, con un procedimiento, con el diagnóstico y en otros.

Dentro de los EA relacionados con los cuidados se encuentran las úlceras por presión (UPP).

El problema de los sucesos adversos en la atención sanitaria genera la necesidad de mejorar la seguridad del paciente y utilizar nuevos enfoques que permitan gestionar los riesgos derivados de la atención sanitaria.

En Osakidetza/ Servicio Vasco de Salud se lleva años trabajando en aspectos específicos de la seguridad. En el caso de las úlceras por presión, se integró un sistema de prevención y declaración de este tipo de sucesos en el proceso de atención de enfermería monitorizando las tasas de úlceras por presión (UPP).

Las UPP representan un importante problema de salud con graves consecuencias en todos los ámbitos. En el ámbito del paciente y de la familia: dolor, y molestias, además de que aumenta el riesgo de infección e incluso el riesgo de muerte, sin contar el coste emocional que se debe pagar. En el ámbito profesional, aumento de costes con mayores estancias y aumento del tiempo de Enfermería que se emplea para la curación.

Según determinados autores, las UPP se pueden prevenir en un 95% así que el trabajo fundamental de Enfermería es el realizar una buena prevención. Todas las medidas deben ir encaminadas en que no aparezcan, pero algunas, no se pueden evitar, es entonces cuando el objetivo debe ser realizar un buen control para detectarlas en los primeros estadios y tratarlas para su curación. ¿Se declaran las UPP?

Los registros de enfermería se definen como la recopilación de documentos escritos donde queda reflejada la continuidad de las actuaciones de la enfermería en relación con el cuidado integral del paciente. Son importantes, para garantizar la continuidad de los cuidados y para evaluar la calidad de los mismos. ¿Todas las UPP son declaradas por el personal?

OBJETIVO:

Analizar si existe concordancia entre lo que se declara en los registros de notificación de UPP y la realidad para valorar si la herramienta que nos da el sistema informático es eficaz.

METODO:

- Estudio observacional transversal (corte de prevalencia de UPP) realizado el 13 de Mayo de 2008
- Población a estudio: pacientes ingresados el día del corte en las unidades de hospitalización incluyendo UCI.
- El corte se realiza por personal ajeno a la unidad (supervisora de docencia y adjunta de enfermería) junto a la supervisora de cada unidad, comprobando las úlceras por presión de cada paciente ingresado y los registros que se realizan sobre ello en el programa informático de cuidados de enfermería Zaineri.
- Variables a estudio: Úlceras declaradas por el personal de enfermería, úlceras no declaradas, valoración del riesgo de aparición de UPP, existencia de plan de cuidados de prevención de UPP y utilización del aparataje preventivo que se estaba utilizando.

RESULTADOS:

El día del estudio están ingresados en las unidades analizadas 199 pacientes. 143 de esas personas (71,86%) presentan algún tipo de riesgo de tener UPP. El 99,30% de esas personas tienen alguna intervención preventiva o de tratamiento en su plan de cuidados.

Existe una prevalencia de UPP en las unidades a estudio de 10,55%, con una prevalencia de UPP de aparición durante la hospitalización del 8,04%.

En los registros de enfermería se encuentran 5 UPP de aparición prehospitalaria declaradas en el programa de cuidados no existiendo ninguna UPP de aparición previa a la hospitalización (el paciente ingresa con ella) que no esté declarada por el personal de enfermería en los registros enfermeros.

Existen 16 UPP de aparición durante el proceso de hospitalización: 43,75% son de grado I y 56,25% de grado II.

Existen 3 UPP grado I no declaradas por el personal y que se encuentran en la exploración y revisión de los pacientes ingresados el día del estudio, lo que supone el 18,75% de las UPP posthospitalización que debieran estar declaradas.

En 4 de las 8 unidades a estudio (50%) se utiliza algún aparataje preventivo que disminuya la presión.

CONCLUSIONES:

El sistema de registro es eficaz ya que coincide en alto grado lo que se observa con lo que se declara. Es decir lo que se registra en el ordenador concuerda con lo que personal ajeno observa en cada paciente. Es también eficaz porque permite conocer el riesgo de tener una úlcera en todos los pacientes.

Al 100% de las personas ingresadas se le realiza valoración del riesgo de padecer UPP. El propio sistema obliga a declarar el riesgo a todo paciente ingresado y a revalorarlo 1 vez por semana o cada 3 días según el riesgo declarado. Esta herramienta es útil para que exista un seguimiento, un plan de prevención, que minimice eventos adversos.

Se observan áreas de mejora a la hora de declarar el 100% de las UPP que se presentan, detectándose la importancia de potenciar el registro de las mismas, sobre todo de aquellas UPP que aparecen de grado I posthospitalización.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Aranaz J.M., Aibar C., Galán A., Limón R., Requena J., Alvarez E.E., Gea M.T. La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. Gac Sanit. 2006; 20 (Supl 1): 41-47
2. Muiño Míguez A., Jiménez Muñoz A.B., Pinilla Llorente B., Durán García M.E., Cabrera Aguilar F.J., Rodríguez Pérez M.P. Seguridad del paciente. An. Med. Interna (Madrid) [periódico en la Internet] 2007 Dic [citado 2008 Jul 17]; 24(12): 602-606. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007001200010&Ing=es&nrm=iso
3. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Plan de calidad para el Sistema Nacional de salud. 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. Febrero 2006
4. Torra i Bou J.E., Rueda López J., Soldevilla Agreda J.J., Martínez Cuervo F., Verdú Soriano J. Primer estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión en España. Gerokomos 2003; 14: 37-47
5. Osakidetza-Servicio vasco de salud. Protocolo de prevención y cuidados de las UPP. Osakidetza-Servicio vasco de salud. Vitoria-Gasteiz, 2006
6. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002, de 14 de Noviembre. BOE 15 de Noviembre 2002, nº 274, (40126-40132)
7. Aibar C., Aranaz J. ¿Pueden evitarse los sucesos adversos relacionados con la atención hospitalaria? Anales Sis San Navarra [periódico en la Internet] 2003 Ago [citado 2008 Jul 17]; 26(2): 195-209. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000300002&Ing=es&nrm=iso.

Mesa de comunicaciones 24 / Concurrent session 24: Evidence based practice

AUTHOR/S:

Ling-Ling Lee, Antony Arthur, Mark Avis, Michael Watson

TITLE:

A systematic review of the effect of walking intervention programmes on blood pressure

TEXT:**Background**

Increased physical activity has been recommended as an important lifestyle modification for the prevention and management of hypertension [1]. However the majority of adults are not consistently physically active [2]. The optimal characteristics for a physical activity programme to generate effect on blood pressure control remain open to debate. Walking is seen as a highly feasible physical activity and is often recommended by health care professionals as a common form of exercise for preventing chronic health problems. Evidence in supporting the effect of walking on blood pressure management is inconsistent. Systolic and diastolic blood pressure was found to have both about 0.4 to -5 mm Hg differences after implementation of the walking intervention programmes, none of these studies identified statistically significant reduction of either systolic or diastolic blood pressure [3-8].

Objectives

This review aims to produce a definitive examination of the existing evidence for the effect of walking interventions on blood pressure control.

Methods

A systematic review of both English and Chinese published results of randomised controlled trials in testing the effect of walking interventions on blood pressure was carried out. Seven inclusion and 8 exclusion criteria were used to guide the work of literature search. The main source was the electronic databases MEDLINE, CINAHL, EMBASE, SportDisc, Science Direct, SocIndex, PsycINFO, Eric, and the Web of Science for English papers. Chinese papers were searched from National Central Library as well as other relevant Chinese reference databases. Published trials were also identified by searching websites, reference lists, and existing systematic reviews, and by contacting experts. A specific data extraction form was designed for this review. We extracted information on the types of exercise assessment used and the types of walking intervention provided. Data on several outcomes were recorded, which included: mean and standard deviation of systolic and diastolic blood pressure, and heart rate. Jadad scoring system was used to assess the methodological quality of the individual randomised controlled trials [9].

Findings

A total of 28 trials published between 1991 and 2007 and evaluating 52 interventions met inclusion criteria and was included in this review. Each of these trials was conducted in one of eight countries with a total of 1,397 study participants. The overall results showed that less than one fifth of these interventions found an effect of walking on blood pressure reduction. Ten out of the 52 walking interventions reported a statistically significant effect ($P < 0.05$) of walking on either systolic or diastolic blood pressure, or both. Walking interventions were found to produce up to 11 and 8 mm Hg reduction of systolic and diastolic blood pressure, respectively, although the similar effect across studies is inconsistent. Of the 28 trials, merely one that found to be effective on blood pressure control explicitly stated the use of behavioural modification theories in the design of walking intervention programme [10]. Due to that the types of walking interventions, participants, the duration of follow-up, and outcome metrics were highly heterogeneous, meta-analysis was not performed in the present review.

Discussion

The effect of walking intervention on blood pressure control was inconsistent across various trials. Walking interventions targeted at the hypertensives and sedentary, tailored to people's needs, with the design of moderate intensity, and delivered either at the level of the individual or through groups were found to have stronger effect on blood pressure control among different populations. However, information regarding to the sustainability and generalisability of walking interventions in the trials is insufficient. An effective design of walking intervention aiming to have benefit on blood pressure control still remains unclear. Examination of both effectiveness and efficacy of various walking interventions on reducing blood pressure, among ethnic groups is warranted. There is also a need to take into account participants' psychological components in adhering to intervention programme with the use of behavioural modification theories when testing the effect of walking intervention on blood pressure control.

Note:

The number 9 and 10 bibliographies could not be seen properly in the bibliography list. Please contact me if those are still missing in your system. Thank you very much!

BIBLIOGRAPHY:

- [1] Whelton PK, He J, Appel LJ, Cutler JA, Havas S, Kotchen TA, et al. Primary prevention of hypertension: clinical and public health advisory from the National High Blood Pressure Education Program. *Journal of The American Medical Association*. 2002 October 16, 2002;288(15):1882-8.
- [2] World Health Organisation. Physical activity. Sedentary Lifestyle: a global public health problem. 2003 [cited 2005 21 January]; Available from: <http://www.who.int/hpr/physactiv/sedentary.lifestyle1.shtml>
- [3] Tudor-Locke C, Bell RC, Myers AM, Harris SB, Ecclestone NA, Lauzon N, et al. Controlled outcome evaluation of the First Step Program: a daily physical activity intervention for individuals with type II diabetes. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2004;28(1):113-9.
- [4] Asikainen TM, Miilunpalo S, Oja P, Rinne M, Pasanen M, Vuori I. Walking trials in postmenopausal women: effect of one vs two daily bouts on aerobic fitness. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. 2002a April 01, 2002;12(2):99-105.
- [5] Cooper AR, Moore LAR, McKenna J, Riddoch CJ. What is the magnitude of blood pressure response to a programme of moderate intensity exercise? Randomised controlled trial among sedentary adults with unmedicated hypertension. *British Journal of General Practice*. 2000;50(461):958-62.
- [6] Ready AE, Naimark B, Ducas J, Sawatzky JV, Boreskie SL, Drinkwater DT, et al. Influence of walking volume on health benefits in women post-menopause. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 1996;28:1097-105.
- [7] Hamdorf PA, Withers RT, Penhall RK, Haslam MV. Physical training effects on the fitness and habitual activity patterns of elderly women. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*. 1992;73(7):603-8.
- [8] Duncan JJ, Gordon NF, Scott CB. Women walking for health and fitness. How much is enough? *Journal of The American Medical Association*. 1991;266(23):3295-9.
- [9] Jadad AR, Moore RA, C

AUTHOR/S:

Janine Leite Moura Oliveira; Cristina Maria Galvão; Semiramis Melani Melo Rocha

TITLE:

RESISTANCE EXERCISES FOR HEALTH PROMOTION IN CORONARY PATIENTS: EVIDENCES OF BENEFITS AND RISKS.

TEXT:

Abstract

Current definitions of the health-disease process suggest that health does not simply mean absence of disease. Health and disease are qualitatively different and in constant interaction with physical, psychological and social aspects of the individual's life. In view of this conception, health promotion of patients with chronic cardiac diseases has become one of the primary objectives of health professionals and is currently among the most relevant issues in the public health area.(1)

Aim: This review aims to search and evaluate evidence related to benefits and risks of resistance exercises for patients with coronary artery disease (CAD), post myocardial infarction (MI) and its surgical treatment or coronary artery bypass grafting (CABG). **Method:** An integrative literature review was carried out. The guiding question of this review was: What evidence is available regarding benefits and risks of muscle resistance training for patients with CAD, post MI or CABG? Studies from January 1997 to August 2007 were included, taken from the following electronic databases: Medline, PEDro, Cochrane Controlled Trials Database and CINAHL. **Results:** In total, 366 articles were found in the electronic databases. After crossing key-words, the Cochrane database presented the largest number of articles (211), followed by Medline (139), and PEDro (16); no article was found in CINAHL. Therefore, in the end, ten articles searched on-line were included. Two studies were found in the 14 journals selected in the electronic search. Only one study not found in the electronic databases was added. The manual search, performed in the references of each article included in the review, did not add any new study. After the selection process, 11 articles were included in the review. Five articles presented just the resistance exercises (2,3,4,5,6). The evidences related to the benefits of intervention found in the articles were the improvement of peripheral muscular strength, increase of physical capacity, improvement of emotional state and quality of life. No risks were reported in the articles related to the application of the resistance exercise. **Conclusions:** The resistance exercises can be used as a safe and effective strategy in health promotion programs for coronary patients, making social, physical and psychological rehabilitation easier for those people. Regarding exercise risks, the studies analysed in the current review show that resistance exercises, performed under supervision, do not cause undesirable hemodynamic effects that can put the patient at risk. Additionally, the intensity used or the length of event interfere little in its occurrence, showing that the performance of resistance exercises is an effective and well tolerated intervention. **Study limitations:** the number of studies identified regarding the benefits of resistance exercises alone, in isolation from aerobic exercises, for elderly patients post MI and CABG were scarce; therefore knowledge on this topic remains limited. Considering the incidence of ischemic cardiovascular disease in Brazil and the several factors of health promotion provided by resistance exercises, the need for new studies is critical.

Key words: coronary artery bypass grafting - health promotion - integrative review - myocardial infarction - resistance training

BIBLIOGRAPHY:

1. Clark AP, Stuijbergen A, Gottlieb NH, Voelmeck W, Darby D, Delville C. Health promotion in heart failure – A paradigm shift. *Holist. Nurs. Pract* 2006; 20 (2): 73-79.

2. Brochu M. et al. Effects of resistance training on physical function in older disabled women with coronary heart disease. *J Appl Physiol* 2001; 92: 672-678.

3. Maiorana AJ, Briffa TG, Goodman c, Hung J. A controlled trial of circuit weight training on aerobic capacity and myocardial oxygen demand in men after coronary artery bypass surgery. *J Cardiopulm Rehabil* 1997; 17: 239-247.

4. Ades PA, Savage PD, Cress ME, Brochu M, Lee NM, Poehlman ET. Resistance training on physical performance in disabled older female cardiac patients. *Med Sci Sports and Exerc* 2003; 35 (8): 1265- 1270.

5. Ades PA, Savage PD, Brochu M, Tischler MD, Lee NM, Poehlman. Resistance training increases total daily energy expenditure in disable older woman with coronary heart disease. *J Appl Physiol* 2005; 98: 1280-1285.

6. DeGroot DW, Quinn TJ, Kertzer R, Vroman NB, Olney WB. Circuit weight training in cardiac patients: Determining optimal workloads for safety and energy expenditure. *J Cardiopulm Rehabil* 1998; 18: 145-152.

AUTOR/ES:

Montserrat Navarro Diez, Adelaida Zabalegui Yáñez, Esther Cabrera Torres, Albert Gallart Fernández-Puebla, Dolores Bardallo Porras, Encarna Rodríguez Higuera

TÍTULO:

Evidence-Based interventions for dependent elderly caregivers.

TEXTO DEL TRABAJO:**Introduction**

World population is aging as a result of improvements in medical care and health education. Spain is one of the European countries with a highest elderly population (1). Most of this elder people can live independently, but 17% of them need assistance by others to perform their daily life activities. The majority of dependent elder persons are cared for at homes by their family members or caregivers (2). Providing care for a frail elderly person is associated with psychological, physical, social and financial consequences such as burden, depression, anxiety and lost of social relationships (3, 4). Many interventions have been developed during the last 20 years to alleviate caregivers negative consequences that will enable them to cope effectively with the demands of caring. Caregiver interventions have been developed in several forms: Counseling, Respite, Psychoeducational interventions and Multicomponent interventions (5).

The differences among interventions are in terms of: content, length, outcomes and evaluation instruments (6).

Do the heterogeneous of caregiver interventions we had examined what is known about caregiver intervention and their effectiveness.

Method: We conducted a systematic review of the literature on intervention in the caregivers of the dependent elderly people published between 1996 and 2007. Searching for evidence-based interventions, the following data bases were consulted: PubMed (MEDLINE), Psycinfo, Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Cinhal, Embase, Cuiden, BDI and Cuidatge. Keywords and terms included in the search were: caregivers, caretakers & informal or principal caregivers (cuidadores); elderly, aging & older people (ancianos); interventions (intervenciones), therapy (terapia), treatment (tratamiento) and dependency (dependencia). We chose to be extensive in the keywords used in our search process, because caregiver interventions often include several different components and because different interventions can be similar in approach and delivery but titled different by the researchers. The inclusion criteria were controlled clinical trials with outcome measures about caregiver burden, anxiety and depression. The search was expanded to meta-analytic studies to compare our results. However, we excluded qualitative reports, pilot studies and interventions that did not examine the outcomes of burden, anxiety and depression. Articles identified through the search were revised by two independent investigators and were ultimately evaluated following Jadad scale (alpha Cronbach > 0.66). The instruments used in all the studies had robust validity and reliability (alpha Cronbach > 0.70) levels. Finally, the studies interventions were rated in terms of their strength (number of sessions or caregiver contacts).

Results: Despite the vast literature on caregiver interventions and on caregiving consequences, there are few published findings which explore clinical trials effectiveness. Our search yielded more than 97 articles to be reviewed for relevance but the studies that meet inclusion criteria were only 15 reports. Using a grid we studied the method, content and results of the studies.

The content of interventions was heterogeneous: educational programs, psychotherapeutic programs, multicomponent programs and counselling; but, they were congruent with the objectives. The numbers of sessions of the interventions have a mean of 8 sessions or contacts with caregivers and they were individuals (60%) or in groups (40%). Statistical results from our search indicated that interventions were effective in decreasing burden (40%), anxiety (50%) and depression (90%) (7).

Conclusion: Findings of our study are consistent with previous studies and suggests that caregivers interventions decreases their depression; however, burden and anxiety are chronic symptoms difficult to modify or change. Therefore, future experimental designs are needed to test new interventions to improve caregivers' outcomes in relation to their patient care (8-11). In other words, interventions results should be evaluated from both, the statistical and clinical significance.

Moreover, interventions should take into account the needs reported by caregivers as well as promote their active participation in the intervention design.
Finally, the implications from this systematic review have the potential to benefit caregivers.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1)-Parlamento Europeo. Informe diciembre 2002
- (2)-IMSERSO. Cuidados a Personas Mayores en los hogares españoles. Informe 2005
- (3)-Zabalegui A, Juando C, Izquierdo M^oD, Gual P, y cols. Recursos y consecuencias de cuidar a las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. Gerokomos 2004; 15 (4): 199-208
- (4)-Schulz R, Visintainer P, Williamson G. Psychiatric and physical morbidity effects of caregiving. Journal of Gerontology 1990; 45(5): 181-191
- (5)-Bourgeois MS, Schultz R, Burgio L. Interventions for caregivers of patients with Alzheimer disease: a review and análisis of content, process, and outcomes. Int J. Aging Human Development 1996;43(1): 35-92
- (6)-Zarit SH. Methodological considerations in caregiver intervention and outcome research. In Light E, Niederehe G, Lebowitz BD, (Ed). Stress effects on family caregivers of Alzheimer's patients: research and interventions. New York: springer; 1994: 351-369
- (7)-Zabalegui A, Navarro M, Cabrera E, Gallart A, Bardallo D, Rodriguez E, et al. Eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas ancianas dependientes, mayores de 65 años. Una revisión sistemática. Rev Esp Geriatria y Gerontología 2008; 43 (3): 157-66
- (8)-López J, Crespo M. Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. Psicothema 2007, 19(1): 72-80
- (9)-Pinquart M, Sörensen S. Helping caregivers of persons with dementia: wich interventions work and how large are their effects?. International Psychogeriatrics 2006; 18(4):577-95
- (10)-Losada A, Moreno R, Cigarán M, Peñacoba C, Montorio I. Análisis de programas de intervención psicosocial en cuidadores de pacientes con demencia. Informaciones Psiquiátricas. Segundo trimestre 2006. N° 184
- (11)-Gallagher-Thompson D, Coon DW. Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. Psychology and Aging 2007; 22(1):37-51

AUTHOR/S:

Shoa-Jen Perng

TITLE:

A systematic review of the effectiveness of yoga on quality of life in cancer patients

TEXT:**Introduction**

Cancer patients suffer pain and life changes from diseases and treatment process. Develop an cost-effective intervention to manage symptom and to improve quality of life for cancer patients is an important issue. Yoga traditionally is practiced by general population for balancing mind and body. Recently, it has been integrated into interventions for improving physical and psychological well-beings of patients with varied diseases (Khalso, 2004). The aim of this paper was to systematically review evidence about the effectiveness of yoga on quality of life in cancer patients.

Yoga, a word derived from the Sanskrit root Yuj, means to bind, join, and yoke. It includes eight elements: ethical disciplines, individual observances, postures, breath control, withdrawal of senses, concentration, meditation, enlightenment. However, postures, breath control, and meditation are the major components in the therapeutic intervention. The common types of yoga include Ashtanga, Bikram, Iyengar, Kripaula, and restorative. Many yoga interventions modified from the different types of yoga are recommended for cancer patients because of its safety, convenience, and low cost. From the literatures reviewed, yoga has been discovered its benefits on physical and psychological outcomes for cancer patients comprehensively. However, focus on the quality of life in cancer patients is lack (Bower, Woolery, Sternlieb, Garet, 2005; DiStasio, 2008; Galantino, Cannon, Hoelker, Iannaco, Quinn, 2007; Smith, 2005).

Methods

Search of CINAHL, Medline, PsycInfo, and Cochrane Central Register databases were conducted for data collection. The search was limited to research articles published in English and Chinese before April, 2008, focusing on cancer patient (participant), yoga (intervention), and quality of life (outcome measure). There was no limit to control group and type of studies in the search. Three steps were used as search strategy: an initial search of data bases was undertaken followed by analysis of the text words contained in the title and abstract, and of the index terms used to describe article; a second search using all identified keywords and index terms was then undertaken across all included databases; thirdly, the reference list of all identified reports and articles was searched for additional studies. Based on participant, intervention, research method, and quality of life outcomes, a specific data extraction sheet designed for this review was used.

Findings

Seven articles were collected through the search procedures. However, two duplicates were excluded. Five articles met the inclusion criteria, including one retrospective (Buettner, Kroenke, Phillips, Davis, Eisenberg, Holmes, 2006), two uncontrol trial (Carlson, Speca, Patel, Goodey, 2003; Carlson, Speca, Faris, Patel, 2007) and two randomized control trial (Culos-Reed, Carlson, Daroux, Hately-Aldous, 2006; Moadel, Shah, Wylie-Rosett, Harris, Patel, Hall, Sparano, 2007) studies. All of five reviewed articles reported positive outcomes of quality of life in cancer patients who practiced yoga. Two were implemented in the USA and three were in the UK.

The participants were breast cancer and prostate cancer patients across ethnic groups. The majority were female. Average age was about 55 years old. Most of them were diagnosed as early stage cancer with or without active treatment when they participated in the studies. The recruitment method included participants' volunteer or invitation from cancer center/clinic. The type of intervention included no specific yoga (Buettner, Kroenke, Phillips, Davis, Eisenberg, Holmes, 2006), mindfulness-based stress reduction program (Carlson, Speca, Patel, Goodey, 2003; Carlson, Speca, Faris, Patel, 2007) and hasa yoga (Culos-Reed, Carlson, Daroux, Hately-Aldous, 2006; Moadel, Shah, Wylie-Rosett, Harris, Patel, Hall, Sparano, 2007).

he outcome measures used in the studies included three types. In Buettner, Kroenke, Phillips, Davis, Eisenberg, Holmes's study (2006), they use the Medical Outcomes Study Short Form (SF36), measuring eight health-related quality of life: physical functioning, bodyily pain, role limitations due to physical problems, vitality, social functioning, role limitations due to emotional problems, mental health, and general health perceptions. The study results included: (1) Users of most types of CAM had worse quality of life scores than nonusers. (2) Although the difference in many quality of life scores associated with the use of yoga were modest, unlike use of all other types of CAM, yoga was reported to produce better quality of life.

Three studies used European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire 30 items (EORTC QLQ C30): five functional domains of quality of life, including physical (5 items), emotional (4 items), cognitive (2 items), social (2 items), and role (2 items) function, and global quality of life (2 items), and 13-item symptom scale (Carlson, Specca, Patel, Goodey, 2003; Carlson, Specca, Faris, Patel, 2007; Culos-Reed, Carlson, Daroux, Hatelly-Aldous, 2006). In Carlson, Specca, Patel, Goodey's study (2003), the study results included: (1) changes were seen pre- to post on the overall global quality life score ($t = -2.23, p < .05$) and in the symptom of appetite loss ($t = 2.72, p < .01$). (2) None of the correlations between quality of life global changes scores and home practice or attendance were significant at the $p < .01$ level. In Carlson, Specca, Faris, Patel's study (2007), the results included: (1) In the mixed-effects model without any covariates, the baseline vs post-comparison was significant ($F = 7.46, p < .005$), as was the post-quadratic effect ($F = 5.08, p < .05$). (2) When the covariates were added to the model the main effects were no longer significant. No interactions between the time effects and covariates. (3) None of the correlations between quality of life global changes scores and home practice or attendance were significant at the $p < .01$ level. In Culos-Reed, Carlson, Daroux, Hatelly-Aldous's study (2006), the results of repeated measures ANOVA, main effects for group were (1) Global quality of life ($F = 7.36, p < .01$), emotional function ($F = 6.90, p < .05$): reflect decreases in the yoga group accompanied by few changes in the controls. (2) Decreased diarrhea ($F = 12.20, p < .01$): due to some greater problems in the control group that failed to resolve over the waiting period, rather than significant improvements in the yoga group.

Finally, Moadel, Shah, Wylie-Rosett, Harris, Patel, Hall, Sparano (2007) used Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT60) as their measure for quality of life in physical, social, emotional and functional well-being, and overall quality of life (FACT-General). The sstudy results included (1) Regression analyses indicated that the control group had a greater decrease in social well-being compared with the intervention group after controlling for baseline and covariates ($p < .0001$). (2) Secondary analyses of 71 patients not receiving CT during the intervention period indicated favorable outcomes for the intervention group compared with the control group in overall quality of life ($p < .008$), emotional well-being ($p < .015$), social well-being ($p < .004$), spiritual well-being ($p < .009$).

Discussion and conclusion

The outcome of this review provided preliminary evidence for the effectiveness of yoga on quality of life in cancer patients. However, the majority of participants in the reviewed studies was breast cancer patients. The effectiveness of yoga for male or other types of cancer patients needs to be further examined in future clinical trials. In the reviewed studies different types of yoga were employed, which included benefits on physical and psychosocial aspects of health. Therefore, it is valuable for care providers to consider the use of yoga as intervention, such as intergrating certified yoga instructor into nursing care in the clinical/community setting or developing visual compact disk for patients to practice at home.

BIBLIOGRAPHY:

- Bower JE, Woolery A, Sternlieb B, Garet D. Yoga for cancer patients and survivors. *Cancer Control*. 2005 July; 12(3): 165-71.
- Buettner C, Kroenke CH, Phillips RS, Davis RB, Eisenberg DM, Holmes MD. Correlates of use of different types of complementary and alternative medicine by breast cancer survivors in the nurses' health study. *Breast Cancer Res Treat*. 2006 Nov; 100(2):219-27.
- Carlson LE, Speca M, Faris P, Patel KD. One year pre-post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in breast and prostate cancer outpatients. *Brain, Behavior & Immunity*. 2007 Nov; 21(8):1038-49.
- Carlson LE, Speca M, Patel KD, Goodey E. Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosom Med*. 2003 Jul-Aug; 65(4):571-81.
- Culos-Reed SN, Carlson LE, Darous LM, Hatley-Aldous S. A pilot study of yoga for breast cancer survivors: physical and psychological benefits. *Psychooncology*. 2006 Oct; 15(10):891-7.
- DiStasio SA. Integrating yoga into cancer care. *Clin J Oncol Nurs*. 2008 Feb; 12(1):125-30.
- Galantino ML, Cannon N, Hoelker T, Iannaco J, Quinn L. Potential benefits of walking and yoga on perceived levels of cognitive decline and persistent fatigue in women with breast cancer. *Rehab Onco*. 2007; 25(3): 3-16.
- Khalsa SB. Yoga as a therapeutic intervention: A bibliometric analysis of published research studies. *Indian J Physiol Pharmacol*. 2004 Jul; 48(3): 269-85.
- Moadel AB, Shah C, Wylie-Rosett J, Harris MS, Patel SR, Hall CB, et al. Randomized controlled trial of yoga among a multiethnic sample of breast cancer patients: effects on quality of life. *J Clin Oncol*. 2007 Oct 1; 25(28):4387-95.
- Smith JE, Richardson J, Hoffman C, Pilkington K. Mindfulness-based stress reduction as supportive therapy in cancer care: systematic review. *J Adv Nurs*. 2005; 52(3): 315-27.

Mesa de comunicaciones 25 / Concurrent session 25: Cuidados críticos y de emergencias / Critical and emergency care

AUTOR/ES:

Arias-Rivera S, Sánchez-Sánchez MM, Conde-Alonso MP, Fraile-Gamo P, Pinto-Rodríguez V, Patiño-Freire S, Frutos-Vivar F, Solís-Muñoz M, Millán-Santos I.

TÍTULO:

Nursing Activities Score(NAS); correlación con Nine Equivalents Nursing Manpower(NEMS) en una unidad de cuidados intensivos.

TEXTO DEL TRABAJO:

INTRODUCCIÓN:

Existen numerosos instrumentos de medida de las cargas de trabajo de enfermería, los más conocidos basados en el esfuerzo terapéutico relacionado con la gravedad de la enfermedad como son Therapeutic Intervention Scoring System y la escala Nine Equivalents of Nursing Manpower use Score (NEMS). Pero existe otra escala basada en el tiempo necesario para desarrollar labores de enfermería, la Nursing Activities Score (NAS), basada en el tiempo necesario para desarrollar las labores de enfermería. En el año 2006, Bernat Adell y colaboradores, realizaron un estudio comparativo entre NEMS y NAS (actualmente el NEMS es la escala que con más frecuencia se utiliza en la estimación de cargas de trabajo) y aunque constataron la mejor adecuación de NAS frente a NEMS a las cargas reales de trabajo de los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), también observaron la posible no correlación entre los valores de ambos sistemas, aunque reflejaron la necesidad de realizar más estudios al respecto.

OBJETIVO:

Partiendo de esta premisa, el objetivo de nuestro estudio han sido estimar la correlación entre la escala de esfuerzo terapéutico NEMS y una escala de medición de carga asistencial (NAS) en un servicio de cuidados intensivos.

MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos un estudio prospectivo descriptivo en una UCI de 18 camas polivalentes y 6 camas de grandes quemados. Se incluyeron a todos los pacientes ingresados durante el 2006. Las variables recogidas son: datos demográficos, diagnóstico al ingreso, índice de gravedad expresado mediante SAPS II y las mediciones diarias de las escalas NEMS y NAS. Estas mediciones fueron realizadas por las enfermeras responsables del paciente, previo adiestramiento, y revisadas por las investigadoras. Para los cálculos estadísticos se utilizaron el coeficiente de correlación de Pearson y comparación de medias mediante la T-Student.

RESULTADOS

Se recogieron datos de 1028 pacientes con edad [media (DE): 58 años (18)], 32% mujeres, exitus 12%, SAPS [media (DE): 29 (19)], NEMS [media (DE): 24 (6)] y NAS [media (DE): 44 (10)].

La correlación de Pearson obtenida entre NEMS y NAS por patologías, resultado del análisis de los 30 primeros días de ingreso (5691 mediciones de NEMS y NAS), fueron: Paciente Básico (n=369): 0.583; Paciente Neurológico (n=146): 0.667; Paciente Cardiovascular (n=209): 0.661; Paciente Respiratorio (n=129): 0.532; Paciente Digestivo (n=40): 0.739; Paciente Trauma (n=46): 0.617; Paciente Gran Quemado (n=89): 0.726. Todos estos resultados tienen una $p < 0.001$.

Resultado del análisis de los 15 primeros días de ingreso, hemos observado que con la escala NEMS los pacientes grandes quemados presentan puntuaciones similares a un paciente neurológico o respiratorio, y los pacientes básicos presentan puntuaciones más bajas pero mantienen constante su puntuación, mientras que con la escala NAS los pacientes grandes quemados presentan una puntuación más elevada que el resto de pacientes y los pacientes considerados básicos, aunque inicialmente tienen menor puntuación, a partir del cuarto día de ingreso, incrementan considerablemente las cargas de enfermería.

CONCLUSIONES:

Consideramos que la escala NAS es más representativa de las cargas asistenciales de enfermería que la escala NEMS, basada en el esfuerzo terapéutico y ligada a la patología médica. Observamos una correlación significativa entre NEMS y NAS en todas las patologías, por lo que NAS es una escala válida para medir las cargas de trabajo de los pacientes de cuidados intensivos.

BIBLIOGRAFÍA:

Reis Miranda et al. Nursing Activities Score. Crit Care Med 2003. Vol 31, No 2: 374 -382.
Bernat Adell et al. Cargas de trabajo asistencial en pacientes críticos. Estudio comparativo NEMS frente a NAS. Enferm Intensiva 2006;17(2):67-77.
Reis Miranda et al. Nine Equivalentes of Nursing Manpower. Intensive Care Med 1997;23:760 - 765.

AUTOR/ES:

Maqueda Palau M, Arévalo Rubert MJ, Pérez Juan E, Amorós Cerdá SM.

TÍTULO:

Actuaciones y experiencias enfermeras dirigidas a la protección de la intimidad del paciente ingresado en una UCI.

TEXTO DEL TRABAJO:

El proceso creciente de especialización y avances tecnológicos experimentado en las últimas décadas ocasiona que el personal de enfermería que trabaja en las unidades de cuidados intensivos (UCI) deba poseer una filosofía integradora que incluya conocimientos afectivos, emocionales, científicos y tecnológicos para obtener una visión integral del ser humano. El ambiente hostil y tecnificado que impera en estas unidades, hace que la persona hospitalizada esté disponible para la totalidad del personal asistencial, perdiendo su intimidad ¿Somos conscientes de ello los profesionales de enfermería?

Objetivos: Conocer la percepción del personal de enfermería de UCI sobre la protección de la intimidad del paciente y describir las experiencias vividas por los mismos en la realización de los cuidados diarios.

Marco teórico: Los fenómenos humanos son muy complejos para ser estudiados únicamente utilizando los métodos cuantitativos de investigación. Se eligió el diseño cualitativo, concretamente la fenomenología interpretativa o hermenéutica basada en la filosofía de Heidegger¹, cuyo objetivo es comprender las habilidades, prácticas y experiencias cotidianas de los seres humanos. La referencia es la obra de J. Watson² que defiende la teoría de que la iniciativa y el criterio de cada profesional de enfermería confieren un amplio poder para crear y evolucionar hacia una gestión de los cuidados dentro del más estricto concepto humanístico e integral, contemplando a la persona física, psíquica y espiritualmente. Sin olvidar el modelo de enfermería adoptado en nuestro hospital, el de V. Henderson³; describe que el papel de la enfermera consiste en un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas fundamentales. Se orienta específicamente a suplirla cuando ésta no puede hacerlo o ayudar a desarrollar lo que le falta: fuerza, conocimiento o voluntad, para que logre su independencia y la satisfaga por sí misma.

Método: Estudio cualitativo fenomenológico hermenéutico. El objeto de estudio es conocer las percepciones de los actores, los profesionales de enfermería, respecto a la intimidad del paciente, entender como actúan y sus experiencias durante la realización de las tareas cotidianas de su profesión. Desarrollado en el contexto de la UCI del Hospital Universitario Son Dureta de Palma de Mallorca. UCI polivalente de 30 camas, divididas en 5 departamentos: coronarias, postoperados de cirugía cardíaca, neurológicos, respiratorios y politraumatizados. La estructura arquitectónica se caracteriza por ser unidades abiertas y habitaciones compartidas e individuales. Los participantes trabajan en las diferentes unidades asistenciales con diversidad de patología y características específicas que pueden influir en las actitudes de los profesionales.

Participantes: Muestra intencional heterogénea. Los entrevistados fueron 8: 5 diplomadas y 3 auxiliares de enfermería, con edades comprendidas entre 21 y 58 años, de la UCI de dicho hospital con los que se alcanzó la saturación de información. Los criterios de inclusión fueron buscar la máxima variabilidad. Los participantes debían ser mayores de edad y que llevaran trabajando un mínimo de 6 meses. Su participación fue voluntaria.

La generación de información se realizó mediante entrevistas en profundidad. Inicialmente se realizaron dos entrevistas pilotaje a una enfermera y a una auxiliar que fueron desechadas con el fin de delimitar los temas emergentes. Posteriormente, se hicieron dos entrevistas espaciadas en el tiempo a cada uno de los participantes, realizadas siempre por el mismo investigador.

Se realizó un análisis de contenido. Las entrevistas fueron analizadas y codificadas por cada uno de los investigadores de forma independiente, posteriormente se hizo una puesta en común de las codificaciones; si éstas no eran coincidentes cada investigador exponía su proceso de reflexión y mediante el diálogo se llegaba al consenso. Se creó una lista única de códigos que posteriormente fueron agrupados en categorías.

Limitaciones: Al tratarse de un estudio de perspectiva cualitativa, los resultados no pueden ser

generalizados a otros contextos distintos al que se realizó la investigación.

El rigor se garantizó con la triangulación de los investigadores, estableciendo el consenso entre los mismos en cada una de las etapas y contrastando los resultados con la bibliografía consultada.

Consideraciones éticas: Se obtuvo el permiso del Comité de investigación del hospital, el consentimiento verbal y escrito de los participantes, se aseguró la confidencialidad en la recogida y análisis de los datos. Finalizada la investigación se procedió a la destrucción de las grabaciones.

Resultados: Los participantes manifestaron conocer el significado de intimidad, aunque les resulta difícil contextualizarlo. Existe una percepción generalizada de la intromisión de la misma durante la realización de los cuidados diarios y describen una serie de actuaciones enfermeras dirigidas a la protección de la intimidad. Los datos obtenidos se agruparon en tres grandes categorías:

1. Percepción de los participantes de la invasión constante de la intimidad del paciente durante su estancia en la UCI. Es curioso observar cómo la totalidad de los entrevistados perciben una falta de respeto a la intimidad del paciente, a la pregunta ¿Crees que el personal de enfermería respeta la intimidad? Responden: "No, porque por ejemplo, cuando nos acercamos a la cama del paciente no respetamos, esa es su zona, es suya, es la zona en la que ellos están la mayor parte de las veces desnudos, con la puerta abierta, uno pasa por la derecha, otro por la izquierda, y para nosotros es algo normal, y no nos damos cuenta que para ellos no lo es".

2. Actuaciones enfermeras dirigidas a la protección y promoción de la intimidad. Son aquellas conductas que promocionan y fomentan los profesionales para la mejora del cuidado y protección de la intimidad.

2.1. Naturalidad de los cuidados. La espontaneidad en la atención proporcionada a un paciente con problemas reales o potenciales de salud es una actitud promotora del cuidado de la intimidad, al actuar con coherencia y sencillez se facilita la interacción paciente-profesional. "Pues más que todo proporcionar al paciente que esté lo más cómodo posible, no sé... Ya sea ocultando sus partes, con una toalla mientras lo estás lavando y hacerlo con naturalidad. "Sí, intento tenerlos tapados pero cuando vamos a limpiar esa zona que es la que más le puede afectar a él, pues con mucha naturalidad hablando con él normal, quitando importancia a la situación explicándole que no disponemos de baño y por eso lo hacemos de este modo".

2.2. Uso de medidas provisionales de aislamiento. Las unidades con estructura cerrada gozan de más intimidad que las abiertas. Los profesionales de enfermería paliar la falta de intimidad mediante el uso de biombo, mamparas, lencería o cerrando la puerta. "Lo negativo de las unidades abiertas es que...Es muy difícil conseguir intimidad en un Servicio de estas características, cuando el paciente está muy consciente y orientado se tiende a poner las mamparas pero aún así...Las mamparas son mamparas" "Cuando vas a hacer la higiene, alguna técnica que precise destapar al paciente, si el paciente está cerca de la puerta, pues cierras la puerta, o intentas poner un biombo".

2.3. Protección de la exposición corporal. En la UCI los pacientes permanecen desnudos y protegidos por una sábana. Esta situación está justificada por la gravedad del estado de salud que requiere un rápido acceso en situaciones de emergencia, considerándose que el desnudo parcial o total es indispensable para la realización de las actividades del acto de cuidar. Las personas entrevistadas han considerado las necesidades básicas de higiene y eliminación como las más invasoras, puesto que se relacionan con las partes del cuerpo más púdicas, o con situaciones consideradas privadas en el entorno habitual. "Cuando cambias las sábanas primero pones la sábana limpia y luego quitas la sucia, sin destapar, teniendo cuidado porque desde el box de al lado se ve todo lo que pasa en este".

2.4. Fomento del autocuidado. Fomentar la independencia en las necesidades básicas de eliminación, higiene y alimentación. Los profesionales abogan por la autogestión del cuidado, ya que son actividades en las que el paciente ve vulnerado su espacio físico y emocional. Así lo relatan: "Tendríamos que ir un poco más alerta y respetar o ayudar a que colaboren ellos mismos durante la higiene... ¿Sabes? Ya que es cuando ellos se sienten más desprotegidos, por esto cuando están conscientes les digo que se laven ellos".

3. Experiencias de los profesionales en la realización de los cuidados. Los entrevistados ponen de manifiesto que su primera impresión al entrar en una UCI fue miedo, temor y ansiedad. Al inicio de su vida laboral priorizan ser un profesional "competente". A medida que aumenta su conocimiento y experiencia disminuye su nivel de ansiedad, se encuentran más cómodos, seguros y más humanos en los cuidados diarios. "Sinceramente, cuando empecé a trabajar me tiraba más por la parte más técnica y dejaba un poco de lado la parte humana, pero pienso que es muy importante y últimamente lo intento llevar más a cabo".

últimamente lo intento llevar más a cabo".

Discusión: El respeto a la intimidad es una necesidad sentida por los profesionales de enfermería, se percibe una invasión continua de la misma, coincidimos con Pupulim⁴ en dicha afirmación. Para naturalizar los cuidados se llevan a cabo actuaciones como utilizar medidas provisionales de aislamiento, no obstante, como dice Torralba⁵, preservar la intimidad no se reduce a pasar la cortina cuando el paciente experimenta necesidades de orden fisiológico, sin embargo hacer uso de los pocos recursos materiales de que se dispone favorece preservar la intimidad. La exposición corporal impuesta en estas unidades y los cuidados de higiene y eliminación se perciben como las actividades que más invaden la intimidad⁴. La suplencia en las necesidades básicas hace que el paciente dependa total o parcialmente del personal de enfermería, con quien más contacto tiene durante su hospitalización. Como afirma Iraburu⁶ la enfermedad pone en peligro dos pilares fundamentales de la dignidad humana: la autonomía y la intimidad. Guevara⁷ manifiesta que el paciente hospitalizado sufre un aislamiento, perdiendo su autonomía y convirtiéndose en un ser dependiente. Sin embargo como afirma C.Ferrer⁸, pactando la participación en los cuidados con el paciente y con la familia se fomenta la autonomía y el autocuidado. La espontaneidad en el modo de proceder del profesional establece una relación con el paciente de preservación de la intimidad mediante actuaciones que fomentan la naturalidad de los cuidados y de la autonomía^{9,10}. El cuidado exige condiciones de intimidad, de privacidad, que deben ser promovidas y garantizadas por el personal de enfermería.

Conclusiones: Los participantes perciben una falta de respeto a la intimidad de las personas hospitalizadas en la UCI. La cotidianidad de trabajar en un ambiente tan hostil y especializado da lugar a que las actividades consideradas de carácter privado en el entorno familiar, sean subestimadas, convirtiéndose en actividades comunes y públicas. La falta de experiencia profesional origina actitudes condicionantes que pueden afectar la intimidad del paciente, sin embargo, la adquisición de experiencia modula la necesidad de cuidar desde una vertiente más humanista.

Aportaciones útiles para la práctica de enfermería. Es importante aumentar la sensibilidad de los profesionales de la salud haciendo que el respeto a la intimidad se convierta en un hábito en la práctica clínica diaria para mejorar la calidad de los cuidados enfermeros y promover prácticas éticas.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Heidegger M. El ser y el tiempo. 4ª ed. México (MX): Fondo de Cultura Económica; 1986.
2. Watson J. Watson's theory of transpersonal caring. In: Walker PT, Neuman B, editors. Blueprint for use of nursing models: education, research, practice & administration. New York (NY/USA): NLN Press; 1996.
3. Henderson V. Basic Principles of Nursing Care. 11va. Impresión 11va. Geneva: International Council of Nurses, 1979.
4. Pupulim JS, Swada NO, Physical exposure of clients in care for basic needs at an ICU: critical incidents reported by nurses. Rev Lat Am Enfermagem. 2005 May-Jun;13(3):388-96.
5. Torralba F, Vacas M. Conferencia: La ética de la intimidad. Comisión deontológica. Revista Enfermería Balear. 2007 nº 57;16-18.
6. Iraburu M, Chamorro J, De Pedro MT. Conocimientos, comportamientos y opiniones de los profesionales sanitarios de un hospital en relación a la confidencialidad. Anales. 2006 Sep-Dic;29(3); 313-480.
7. Guevara B. Una aproximación al perfil de la enfermera intensivista. Enfermería Cuidados Intensivos y Cuidados Críticos. 2007 Oct;2(16)339. Disponible en: http://www.portalesmedicos.com/revista/vol02_n16.htm
8. Ferrer Arrendó C, Fernandez Rodriguez M, Romero Galindo M^ªS, Arana-Echevarria Morales JL, Vielva Asenjo J, Toro Flores R, et al. La intimidad del cuidado y el cuidado de lo íntimo. 2º Encuentro de Enfermería Reflexiones éticas desde la enfermería. Asociación de Bioética y fundamental clínica. 2005. 21 Oct. Madrid. P.1-33.
9. Bermejo JC. Hacia una salud holística. Promoción de la Salud. Red Latinoamericana de Gerontología. Agosto 2005. P.1-5.
10. Urbina Laza O, Pérez Sánchez A, Delgado Moneno JE, Martín Linares X. El modelo de actuación de Enfermería y su valor humanista. Rev Cubana Educ Med Super. 2003 jul-sep;17(3).

AUTOR/ES:

Perpiñá J, Richart M, Martínez I, Perpiñá C, López J, Balboa S

TÍTULO:

Validez de contenido de una escala corta de medida de la ansiedad, en pacientes españoles sometidos a ventilación mecánica invasiva

TEXTO DEL TRABAJO:

La ansiedad se ha apuntado, junto con problemas con el sueño, dolor y sed, como las experiencias negativas que más recuerdan los pacientes que han estado en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)(1,2). El disconfort asociado al tubo endotraqueal aparece en numerosos estudios como causa de ansiedad, así como la dificultad de comunicación con los profesionales(1,3). Aunque se sabe que los aspectos psicosociales pueden influir negativamente en los resultados de salud de los pacientes, en la práctica clínica, la evaluación psicosocial del paciente recibe considerablemente menos atención que la evaluación de los factores físicos(4,5). Hay estudios que muestran que la valoración de la ansiedad no se realiza de forma rutinaria por los profesionales de UCI(6,7), y cuando lo hacen, sus valoraciones suelen ser subjetivas y no coinciden con los autoinformes de los pacientes(7,8). Con frecuencia las enfermeras(9), en la práctica clínica, se basan en indicadores fisiológicos (aumento de la FC y TA)(6), a pesar de haberse publicado en la literatura que los últimos no reflejan de forma precisa el nivel de ansiedad de los pacientes (10,11).

Esta situación pone de manifiesto la importancia de que los clínicos utilicen buenos instrumentos de medida de la ansiedad, para lo cual los investigadores deben esforzarse en probar la fiabilidad y validez de los mismos en distintas poblaciones. Las escalas con buenas propiedades psicométricas, reconocidas por los investigadores a nivel internacional (STAI, HAD, BSI), han sido utilizadas en numerosos estudios con pacientes que habían sufrido infarto agudo de miocardio (IAM)(7,10,12-14). Sin embargo, los estudios sobre la ansiedad de pacientes de UCI sometidos a ventilación mecánica invasiva no son tan numerosos, y aunque en algunos se hayan utilizado instrumentos adecuados(15-17), en otros, han utilizado instrumentos(18) o versiones de instrumentos(19,20) de medida de la ansiedad, no validados en esa población, lo que hace que los resultados sean inconsistentes. También se han publicado diversos trabajos interesados en probar la utilidad de instrumentos de medida de la ansiedad cortos y, por tanto, fáciles de contestar, pero todos muestran problemas de fiabilidad y validez(13,15,21). Hay que tener, por tanto, precaución en la elección del instrumento y, en el entorno de UCI, buscar un equilibrio entre las propiedades psicométricas del mismo y su aplicabilidad en pacientes que tienen dificultades para completar largos instrumentos, por debilidad física y/o cognitiva, como es el caso de los pacientes conectados a ventilación mecánica invasiva.

El objetivo de este trabajo es: Analizar la validez de contenido de la versión corta de la escala de medida de la ansiedad STAI de Spielberger (State-Trait Anxiety Inventory), desarrollada por Chlan, en pacientes españoles conectados a ventilación mecánica invasiva.

METODOLOGÍA

Para analizar la validez de contenido de la escala de Chlan en España, hemos replicado parte de su estudio(22), en concreto el apartado referente al proceso de exclusión de ítems, a partir de la escala original de Spielberger, para la construcción de la escala corta. Para ello se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal, que se desarrolló en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Universitario de Alicante. Se seleccionaron de forma consecutiva los pacientes ingresados en dicha UCI, que estuvieran intubados endotraquealmente, y que tuvieran la lucidez mental suficiente para poder contestar a 20 preguntas formuladas por los entrevistadores (ese estado de alerta fue juzgado por los entrevistadores). Se excluyeron los pacientes pediátricos. Durante la recogida de datos, y ante la dificultad de encontrar casos, el equipo investigador decidió incluir los pacientes recién extubados, entendiendo por "recientes" cuando no hubieran pasado más de 8 horas entre la extubación y la entrevista, con tal de que al paciente no se le hubiese olvidado la sensación que tenía cuando estaba intubado. La recogida de datos se hizo entre julio y noviembre de 2007. Los entrevistadores, utilizando la traducción española de la escala de ansiedad-estado original de Spielberger(23), preguntaron a los pacientes seleccionados, su opinión

respecto a la idoneidad del significado de los 20 ítems de la escala. En concreto se solicitó que adjudicaran a cada ítem un valor de “mucho”, “regular” o “poco” importante para medir el nivel de ansiedad cuando se está conectado a ventilación mecánica invasiva, y que indicaran si consideraban algún ítem confuso o del que no comprendieran su significado.

Las entrevistas las realizaron 4 enfermeros/as que trabajan en la unidad, con más de 10 años de experiencia en el cuidado de pacientes críticos y que están acostumbrados a comunicarse con pacientes que están recibiendo soporte ventilatorio, a los que se les instruyó en el modo en que debían hacer la entrevista. Se elaboró una guía para la administración del cuestionario, que recoge información sobre la necesidad de realizar descansos durante la entrevista y motivo, modo en que responde el paciente (por escrito, señalando en una cartulina, levantando dedos, etc.), si la escala de respuesta tipo Likert les parece confusa, si la escala STAI les parece larga, si les resulta difícil comprender el significado de algún ítem, y datos demográficos y clínicos extraídos de la Historia Clínica como edad, sexo, diagnóstico médico o tipo de intubación. Los datos se introdujeron en el programa SPSS versión 14.

RESULTADOS

Se obtuvo un total de 16 cuestionarios. En más de 30 ocasiones se intentó pasar el cuestionario pero los pacientes no eran capaces de fijar la atención en las explicaciones que se les daban, ni de mantener la concentración. La edad media de los pacientes incluidos en la muestra es de 51.88 años (SD 17.29), con un rango de 17 a 80 años. El 56.3% son mujeres y el 43.8% hombres. El 43.8% tenían estudios primarios. Al 56.3% le resultó larga la escala y la forma de respuesta (likert) confusa; un 31.3% tuvo dificultades para comprender algún ítem y un 43.8% precisó algún descanso durante la entrevista. La principal forma de respuesta fue la vocalización (62.5%), el 50% de los pacientes portaba analgesia en el momento de la entrevista y ninguno de ellos estaba bajo efectos de la sedación en ese momento.

En cuanto a la significación que cada uno de los 20 ítems de la escala de Spielberger tiene para nuestra muestra de pacientes, se obtuvo que:

1) Los ítems menos significativos para ellos fueron: nº 4 (43.8 %), nº 7 (50 %), nº 13 (31.3 %), nº 14 (37.5%), nº 19 (43.8 %). De los 8 ítems que Chlan excluyó de la escala original por problemáticos, 5 de ellos son señalados por nuestros pacientes como los menos importantes (ver tabla 3). Los tres ítems restantes excluidos por Chlan (nº 8, 11 y 16) son señalados como importantes por nuestros pacientes en un 62.5, 56.3 y 37.5 % respectivamente, porcentajes que son menores a los obtenidos por otros ítems en las valoraciones realizadas por nuestros pacientes.

2) Los ítems más significativos para nuestros pacientes fueron: nº 1 (81.3%), nº 5 (93.8%), nº 9 (75%), nº 10 (81.3%), nº 12 (75%), nº 20 (68.8%). De los 6 ítems incluidos por Chlan en la versión corta de la escala (ver tabla 4), 5 son señalados por más del 68% de nuestros pacientes como importantes (alcanzando 3 de ellos porcentajes mayores al 80%). La divergencia estriba en el ítem nº 17 que es incluido en la escala por Chlan, mientras que nuestros pacientes lo consideran importante sólo en el 56.3% de los casos, frente al 81.3% de acuerdo en considerar importante el ítem nº 1. Si analizamos cuántos pacientes consideran poco importantes estos dos ítems, de nuevo el ítem nº 1 es el considerado por menos pacientes como poco importante (6.3%), frente a un 18.8% que considera poco importante el ítem 17.

En cualquier caso el grado de coincidencia entre la opinión de nuestros pacientes y los ítems que Chlan, tras realizar un análisis factorial, seleccionó para su escala, alcanza el 83.3% de acuerdo.

DISCUSION

Cuando Chlan comenzó su estudio(22), ya existía una versión más corta del STAI de Spielberger de 6 ítems desarrollada por Marteau(24), pero no fue desarrollada en población enferma. Probada esta escala en pacientes conectados a ventilación mecánica, se obtuvo un coeficiente de consistencia interna $\alpha = 0.6732$ menor al valor aceptado de 0.7039. Por este motivo Chlan, para mejorar la validez del STAI para pacientes ventilados mecánicamente, discriminó los ítems, a partir de la escala original de Spielberger, de otro modo. Excluyó 8 ítems de la escala en función de la interpretabilidad de los mismos o pertinencia de su significado para los pacientes (por ser poco significativos en su situación, ser confusos, no comprender bien su significado), y con los 12 restantes, llevó a cabo un análisis factorial (Análisis de los Componentes Principales), obteniendo una escala final de también 6 ítems, pero que eran diferentes de los seleccionados por Marteau.

Puesto que nuestro interés final es utilizar una escala corta de medida de la ansiedad válida para pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva, de las escalas referidas, la desarrollada por Chlan(22) nos parece la más adecuada por tratarse de la misma población.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio son muy similares en cuanto a los ítems que los pacientes de ambos estudios consideran problemáticos. Las razones que apuntan también son coincidentes: no comprender bien el significado del ítem (ej: ítem nº 7 "estoy preocupado por desgracias futuras", o ítems con los que no se pueden identificar en su situación actual de conexión a ventilación mecánica (ej: ítem nº 16 "me siento satisfecho", ítem nº 19: "me siento alegre"). Mayor es la coincidencia entre los ítems que nuestros pacientes consideran los más significativos en su situación actual, y los obtenidos por Chlan, al realizar un análisis de los componentes principales del cuestionario original. En concreto, 5 de 6 ítems coinciden en ser los más importantes utilizando dos métodos diferentes, lo que supone una concordancia mayor del 80%. La principal limitación del estudio es la escasa muestra obtenida (n=16), y aunque no se pueda generalizar a todos los pacientes conectados a ventilación mecánica, pues tampoco se han estudiado las diferencias intragrupo, sí podemos decir que este resultado aporta más pruebas de validez de las que se tenían hasta el momento. Apoyando la idea defendida por algunos autores de que pacientes debilitados física y cognitivamente tienen dificultades para contestar largos instrumentos(20), hemos encontrado que más de la mitad de nuestros pacientes consideró que la escala STAI resulta larga y el tipo de respuesta "Likert" confusa, y más de un tercio, tuvo dificultades para comprender alguno de los ítems y necesitó descansar alguna vez durante la cumplimentación por fatiga.

Aunque el pequeño tamaño muestral no permite realizar ningún análisis estadístico para analizar la correlación entre distintas variables(25), sí hemos querido hacer una aproximación cualitativa al comportamiento de alguna de ellas que han mostrado una tendencia bastante clara: del total de pacientes que precisan descansar alguna vez durante la entrevista, o tienen dificultades para comprender los ítems, más del 80 % son mujeres. Otras variables como la edad, el nivel de estudios, el tipo de intubación o el tiempo transcurrido desde la retirada de la sedación, no parecen influir en ningún sentido.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Stein-Parbury J, McKinley S. Patient's experiences of being in an intensive care Unit: a select literature review. *Am J Crit Care* 2000; 9:20-7.
2. Magarey JM, McCutcheon H. "Fishing with the dead"—Recall of memories from the ICU. *Intensive Crit Care Nuurs* 2005; 21:344-354.
3. Patak L, Gawlinski A, Fung NI, Doering L, Berg J, Henneman EA. Communication boards in critical care: patients' views. *Appl Nurs Res* 2006; 19:182-90.
4. Perpiñá J. Análisis de los registros de enfermería del hospital general universitario de Alicante. *Enf Clín.* 2005; 15:17-24
5. Moser D, Cheng M, McKinley S, Riegel B, An K, Cherrington C et al. Critical care nursing practice regarding patient anxiety assessment and management. *Intensive Crit Care Nurs.* 2003; 276-288.
6. Frazier S, Moser D, Riegel B, McKinley S, Blakely W, An K et al. Critical care nurses' assessment of patients' anxiety: reliance on physiological and behavioural parameters. *Am J Crit Care.* 2002; 11:57-64.
7. O'Brien J, Moser D, Riegel B, Frazier S, Garvin B, An K. Comparison of anxiety assessments between clinicians and patients with acute myocardial infarction in cardiac critical care units. *Am J Crit Care.* 2001; 10:97-103.
8. Richart M, Cabrero J, Reig A. Hospitalización y estrés en el paciente: percepción diferencial de estresores entre paciente y personal de enfermería. *Análisis y Modificación de Conducta* 1993; 19:75-
9. Frazier S, Moser D, Daley L. Critical care nurse's beliefs about and reported management of anxiety. *Am J Crit Care* 2003; 12:19-27.
10. Jong M, Moser D, An K, Chung M. Anxiety is not manifested by elevated heart rate and blood pressure in acutely ill cardiac patients. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2004; 3:247-253.
22. Chlan L, Savik K, Weinert C. Development of a shortened state anxiety scale from the Spielberger state-trait anxiety inventory (STAI) for patients receiving mechanical ventilatory support. *J Nurs Meas* 2003; 11:283-93.

Mesa de comunicaciones 26 / Concurrent session 26: Salud de la mujer

AUTOR/ES:

M^a Marta González Sánchez

Enfermera Educación para la Salud. Gerencia de Atención Primaria. Área III. martags@princast.es

TÍTULO:

REDES SOCIALES DE LAS MUJERES MAYORES EN DOS CONTEXTOS URBANOS

TEXTO DEL TRABAJO:

Este trabajo de investigación intenta conocer las redes sociales que 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 de red social de Milroy. Investigaremos la red social como las personas con las que ego, (la mujer que participan en nuestra investigación), está en contacto, sus relaciones sociales informales, clasificándolas según su densidad, sus compartimentos y su flexibilidad, en la zona de primer orden de sus relaciones sociales. Una red es relativamente densa si un alto número de personas relacionadas con ego están vinculadas también unas a otras. Una red compartimentada son segmentos o compartimentos que tiene alta densidad de relaciones. Muchas de las redes de relaciones sociales personales consisten en una serie de sectores o compartimentos a los que también este autor, llama clusters, donde los lazos son de parentesco, laborales, con grupos específicos u otros. La multiflexibilidad de la red es el contenido y la interacción que se producen en las relaciones, cuando el lazo de unión tiene una gran capacidad de influir mucho en el comportamiento de ego, como son las relaciones con familiares, amigos, serán multiflexibles y poco flexibles por ejemplo las relaciones con el agente de bolsa, ambas están en la primera zona de la red pero la influencia en ego es diferente. Ego puede tener relaciones con mucha gente y ser relativamente escasa la influencia de esa gente en ego y serían unifixibles o tener lazos con poca gente pero que su influencia en ego sea grande, multiflexibles.

Las enfermeras, para poder dar unos cuidados adecuados necesitamos conocer las redes sociales que tienen las personas "sujetos" de nuestros cuidados, la búsqueda de estas redes es el objetivo de este trabajo de investigación. En este trabajo se intenta reflejar los discursos de las mujeres sobre sus redes sociales y como está configurada esa red social que describe. 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, en cambio la investigación sobre las personas con las que se relacionan, pertenece al mundo íntimo y son temas difíciles de investigar. Investigar las relaciones sociales de las mujeres necesita tiempo, hacer explícito su mundo de relaciones sociales les costaba mucho. Después de mucho tiempo acudiendo al campo de investigación aparecen comentarios más íntimos y personales sobre relaciones sociales.

Sus discursos sobre sus redes sociales están catalogados según su densidad, sus compartimentos y su flexibilidad.

Los -objetivos- planteados en esta investigación son los siguientes:

1-Analizar las redes sociales, de un grupo de mujeres mayores que viven en una institución cerrada.

2-Analizar las redes sociales, de un grupo de mujeres mayores que acuden habitualmente a un centro parroquial.

3-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.

Categorías: demográficas, económicas y elementos que conforman sus redes sociales, organización de la información, análisis de los discursos y estadística básica 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 redes sociales.

Perfil demográfico: común su condición de viudas, proceden de zonas rurales y viven solas la mayoría del centro parroquial. Las mujeres institucionalizadas proceden del barrio de pescadores, donde está ubicada la residencia.

Perfil económico: común los recursos económicos bajos, pensión de viuda o pensión por haber realizado trabajos no cualificados.

Perfil redes sociales: Red social sería las personas con las que ego está en contacto, sus relaciones sociales informales, clasificándolas según su densidad, sus compartimentos y su flexibilidad, en la zona de primer orden de las relaciones sociales. Al comparar las redes sociales de las mujeres de los dos grupos podemos observar las siguientes características en la red social de las mujeres de la residencia: es de alta densidad ya que todas sus relaciones se conocen entre sí, son más flexibles ya que muchas de sus relaciones influyen en el comportamiento, tienen que seguir las normas de las trabajadoras de la residencia, de los sanitarios, no pueden decidir qué actividades realizar, y están altamente compartimentadas, sus familiares, los sanitarios, los trabajadores, los voluntarios, las compañeras. La red social de las mujeres que acuden al centro parroquial, en un caso está formada por la mujer que la ayuda en casa, los sanitarios públicos, una sobrina, las socias del centro parroquial, las socias de otros centros y sanitarios privados. Otro caso, familia, amistades, asociación vecinos, de viudas, centro salud, hospital e iglesia. La red social de una de las mujeres (I.) institucionalizada está formada por sus compañeras residentes, las trabajadoras del centro, sanitarios públicos, nuera y nieta.

Discusión: La red social de las mujeres del centro es menos densa que la de las mujeres de la residencia, en cambio la red de las mujeres de la residencia es más flexibles ya que en su comportamiento influyen todas sus relaciones, no son libres de decidir su comportamiento.

En lo que se refiere a la compartimentación está más compartimentada la red social de las mujeres del centro parroquial, ya que se relacionan con más estamentos como puede ser los centros de salud, las asociaciones, los bares y restaurantes.

En nuestras mujeres la existencia de amplias redes sociales no estaba relacionada con el hecho de vivir en una residencia o permanecer en su domicilio, ya que vivían en ambos sitios mujeres con similares redes sociales.

Práctica profesional: Conocer las redes sociales de nuestras mujeres mayores es una parte muy importante de nuestro trabajo a la hora de elaborar un plan de cuidados adaptado a nuestra población, el hecho de tener amplias redes sociales puede significar la existencia de personas que ayuden a las personas mayores a recordar la toma de medicación, que ayuden con la compra, con la limpieza de la casa, en resumen que dichas mujeres tengan un apoyo informal que mejore la seguridad en el domicilio y que en caso de una situación urgente puedan avisar a los servicios sanitarios o sociales.

Conocer la existencia de estas personas que se relacionan con nuestra población anciana nos ayudará, como enfermeras responsables de sus cuidados, a planificar mejor las visitas domiciliarias ya que ante personas con redes sociales poco amplias deberemos de tener programadas mayor número de visitas o llamadas telefónicas que ante personas cuya red social sea mayor.

La investigación de estas redes sociales requiere, por parte del personal de enfermería gran dedicación, requiere disponer de tiempo suficiente para dar oportunidad a la personas de contarnos su mundo de relaciones, requiere capacidad y actitud de escucha activa y la necesidad de registrar toda la información para poder planificar el plan de cuidados personalizados.

Es muy importante hacer llegar a nuestras direcciones de enfermería la necesidad de programar en nuestras agendas diarias tiempo para este tipo de investigación. Esta investigación podrá realizarse en consulta pero muchas veces será necesario desplazarnos al domicilio la población anciana que no nos visita en consulta. Este trabajo, indispensable para una atención enfermera eficaz sobre todo en la población envejecida también requiere relacionarnos con los servicios sociales de nuestro territorio, ya que aquellas personas con una red social poco amplia necesitará, en muchos casos, apoyo de dichos servicios.

BIBLIOGRAFÍA:

- 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. Fergla 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:

Martín Sánchez MT, Martínez Martín M, Escudero Hermoso V, Isusquiza Carro JI, Domínguez Aparicio M, Khanouf Jalil LG

TÍTULO:

Características sociodemográficas y clínicas de las mujeres con incontinencia urinaria atendidas en una consulta de enfermería

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción: La creciente sensibilización frente a los problemas de desigualdad de género, ha llevado al Sistema sanitario a plantearse como objetivo la inclusión, en los planes de salud, de programas que recojan estas peculiaridades de género.

Un problema que afecta con mayor frecuencia a las mujeres es la incontinencia urinaria.

La incontinencia urinaria se define como la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, que cada vez en mayor medida, supone un problema social, ya que condiciona y modifica los hábitos de vida de quienes la padecen.

La prevalencia de incontinencia urinaria aumenta con la edad, situándose entre un 10% y un 40%, cifras que se ven afectadas por tratarse de un problema de salud que, en muchas ocasiones, se oculta, por ser considerado algo vergonzoso o sin importancia, pero cuyas repercusiones afectan no sólo a la esfera personal sino también, como hemos apuntado, a la de relación social.

Los grupos etarios más prevalentes se sitúan a partir de los 50-55 años y sobre todo a partir de los 70 años, sin desestimar que hay una prevalencia del 15% en mujeres de 35 años.

Los tipos más frecuentes de incontinencia urinaria son:

- Incontinencia de esfuerzo. Es la pérdida que se produce con el aumento de la presión intraabdominal, ocasionada por esfuerzos físicos como toser, ejercicio físico, estornudar, etc. Es el tipo de incontinencia más frecuente en las mujeres y se debe a defectos en las estructuras que sostienen la vejiga y la uretra, haciendo ineficaz el normal funcionamiento del esfínter uretral. La pérdida es escasa.
- Incontinencia de urgencia. Este tipo de incontinencia urinaria se define por la urgencia que precede o acompaña a la micción involuntaria, es una pérdida anterior a la micción voluntaria. Se produce por la contracción involuntaria del músculo detrusor, que provoca un aumento de la presión vesical. La contracción involuntaria puede tener un origen neurológico o debido a la inestabilidad de la vejiga. La pérdida puede producirse en decúbito y aparece sobre todo en mujeres a partir de los 75 años.
- Incontinencia mixta. Se define por la presencia de pérdida de urgencia y con esfuerzos de forma combinada.

El objetivo de este estudio es: describir las características sociodemográficas y clínicas de las mujeres con incontinencia urinaria atendidas en la consulta de enfermería de incontinencia del Hospital Nuestra Señora de Sonsoles de Ávila.

Metodología: Estudio descriptivo transversal cuya población de estudio son mujeres diagnosticadas de incontinencia urinaria y que son derivadas a la consulta de enfermería sobre incontinencia urinaria del Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Sonsoles de Ávila, teniendo en cuenta los siguientes criterios de exclusión: a) incontinencia urinaria como efecto secundario o complicación de otro tipo de intervención farmacológica o quirúrgica; b) incontinencia de origen neurológico; c) incontinencia en mujeres embarazadas o en el periodo de posparto; d) mujeres con patología psiquiátrica, enfermedad grave, portadoras de sonda vesical, con infección de orina o en tratamiento con diuréticos.

Las variables de estudio son las siguientes: a) Sociodemográficas: edad, nivel de instrucción; b) Clínicas: tipo de incontinencia (urgencia/ esfuerzo/ mixta), peso, talla; c) Comunicación del problema al médico de Atención Primaria desde el inicio (si/no); d) Factores desencadenantes: número de partos vaginales, obesidad (si/no); diabetes (si/no).

Resultados: Los resultados que a continuación se exponen corresponden al estudio piloto realizado en 47 mujeres, seleccionadas mediante muestreo consecutivo, y son la parte descriptiva de un ensayo clínico subvencionado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS PI07/90063).

Las mujeres de este estudio tienen una edad media de 57.06 años (el rango de edades comprende de los 35 a los 80 años).

De ellas, el 72.3% no tiene estudios o tienen estudios primarios.

Dos de las mujeres participantes son diabéticas y el 23.4% de ellas presentan obesidad.

El 59.6% de las mujeres del estudio no habían consultado el problema al médico de Atención Primaria, siendo las personas de más edad las que menos lo consultan (la mediana se sitúa en los 59 años), mientras que las personas más jóvenes sí suelen comunicarlo (la mediana de quienes lo consultan se sitúa en los 50 años).

De las personas que no consultan el problema, el 75.9% asegura no haberlo hecho porque lo consideran normal o porque piensan que no es importante, y un 13.8% comentan que no lo han dicho por vergüenza. Aunque no hay diferencias estadísticamente significativas, sí observamos que la mayoría de las personas que no comunican el problema por vergüenza son mujeres de menos de 50 años, mientras que las que no lo hacen porque lo consideran normal o no importante, son mujeres de más edad.

En cuanto al tipo de incontinencia que se observa con mayor frecuencia, es la mixta, presente en un 63.8% de los casos, la que ocupa el primer lugar, seguida por la de esfuerzo, que presentan una 25.5% de las mujeres. La incontinencia de urgencia, por tanto, la presentan el 10.6% restante. Si relacionamos el tipo de incontinencia con la edad, la incontinencia de esfuerzo es la que se presenta en mujeres más jóvenes (su mediana de edad se sitúa en los 48 años), y la de urgencia se presenta en mujeres tras la menopausia (mujeres de más de 70 años).

De las 45 mujeres que habían tenido al menos un embarazo, el 2.1% comunica haber tenido escapes durante el embarazo y el 10.6% después del parto.

Tres de las 47 mujeres no habían tenido partos. Si relacionamos el número de partos con el tipo de incontinencia, observamos que las mujeres que han tenido más de dos partos son las que presentan un mayor riesgo de padecer incontinencia de urgencia y mixta, mientras que las mujeres que han tenido uno o dos partos, suelen presentar incontinencia de esfuerzo (sobre todo las que han tenido dos partos).

Discusión: Los datos obtenidos en nuestro estudio se corresponden con los de la bibliografía consultada. Así, comprobamos que la incontinencia urinaria sigue siendo un problema infradiagnosticado, y consecuentemente, infratratado, ya que más de la mayoría de las mujeres que la padecen no lo consultan. Llama especialmente la atención el alto porcentaje de ellas (casi el 76%) que justifican esta ausencia de comunicación basándose en que lo consideran un problema poco importante o algo normal, inherente al propio proceso de envejecimiento. Esta idea, como hemos indicado, es más frecuente en personas de edad más avanzada, siendo las mujeres más jóvenes las que suelen comunicarlo a su médico de Atención Primaria y cuando no lo hacen es, principalmente, porque les da vergüenza. Esto nos puede hacer pensar en la existencia de un cambio en la población sobre el concepto de salud, que va más allá de la mera ausencia de enfermedad, y para la que cada vez es más importante la calidad de vida. Quizás este cambio ha sido debido a una mayor formación e información de las mujeres en cuanto a los problemas de salud y cómo tratarlos.

Otro dato a tener en cuenta es el porcentaje de mujeres que no comunican el problema por vergüenza (casi el 14%), que como hemos dicho, son sobre todo, mujeres más jóvenes.

Por eso, y a la vista de los datos, nos parece especialmente importante incidir en la detección del problema, incidiendo, especialmente, en aquellas mujeres con un mayor riesgo de presentar incontinencia urinaria (mujeres que hayan tenido dos o más partos) y, sobre todo, preguntar por la existencia de incontinencia, no sólo en mujeres en el climaterio, sino también en mujeres de menos edad a las que, como hemos visto, les cuesta, por vergüenza, comunicar el problema.

La detección del problema debe ser, bajo nuestro punto de vista, la piedra angular de nuestra atención como enfermeras, ya que:

- Aunque la incontinencia urinaria es un problema que no atañe a la cantidad de años que se puedan vivir, sí incide de manera importante en la calidad de vida de las personas que la padecen, hasta el punto que, como hemos apuntado anteriormente, afecta a su vida tanto en la esfera

personal como en la social.

- Sin un diagnóstico tampoco se podrá instaurar un tratamiento adecuado, como los ejercicios de reeducación vesical.

- Nuestro concepto de salud engloba no sólo la ausencia de enfermedad sino también el bienestar físico, psíquico y social de la persona, aspectos todos ellos afectados por la incontinencia urinaria.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Peiro R, Ramón N, Alvarez-Dardet C, Colomer C, Moya C, Borrel C. et al. Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. Gac Sanit. 2004 may. 18 (supl 2) [consultado el 01 Diciembre 2006]. 36

-46. Disponible en:

<http://www.scielosp.org/pdf/gsv18s2/revision4.pdf>

2. Viana Zulaica C. Incontinencia urinaria en la mujer [monografía en Internet]. Guías Clínicas 2004; 4 (20) [consultado el 02 Diciembre 2006]. Disponible en:

<http://www.fisterra.com/guias2/incontinencia.asp#mismo>

3. Hay-Smith EJC, Dumoulin C. Entrenamiento muscular del suelo pélvico versus ningún tratamiento, o tratamiento de control inactivo, para la incontinencia urinaria en mujeres (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. [consultado el 01 Diciembre 2006]. Disponible en:

<http://www.update-software.com/AbstractsES/ab005654-ES.htm>

AUTOR/ES:

Beatriz Gómez-Escalonilla Lorenzo; Ángela Rodríguez Guardia; Juana M^a Marroyo Gordo; Raquel de las Mozas Lillo.

TÍTULO:

Dismenorrea: frecuencia y características en la zona de salud de Torrijos (Toledo).

TEXTO DEL TRABAJO:**INTRODUCCIÓN.**

La dismenorrea se define como un dolor de localización pélvica característico que acontece durante la menstruación¹. En la dismenorrea se entiende que el dolor es de cierta intensidad y puede requerir el uso de tratamiento médico, generalmente farmacológico para su control total o parcial. El dolor menstrual no asociado a una enfermedad orgánica se denomina dismenorrea primaria o funcional; en la dismenorrea secundaria puede haber varias entidades patológicas responsables del cuadro.

OBJETIVOS.

1. Conocer la prevalencia de dismenorrea de mujeres de la zona de salud de Torrijos.
2. Conocer las características sociodemográficas e individuales que puedan estar relacionadas con la aparición de dismenorrea.
3. Conocer cuáles son las medidas de autocuidado y automedicación ante la dismenorrea.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo realizado en la ZBS de Torrijos. La población de estudio son las mujeres en edad fértil (15-45 años). Se excluyen mujeres que no estén menstruando por cirugía previa. Las mujeres eran reclutadas en las salas de urgencias y en las consultas del centro de salud de Torrijos.

Tras captar a dichas mujeres, se les realiza una entrevista personal y anónima, recabando información sobre: edad, nacionalidad, nivel de estudios, situación laboral, peso y talla (IMC), ejercicio físico, hábitos tóxicos (tabaco, alcohol y otras drogas), antecedentes ginecológicos de interés (edad de menarquía, G.A.V. (gestaciones, abortos, vivos), cirugías previas, patología, anticonceptivos utilizados actualmente, etc.), características de la menstruación (intensidad del dolor -mediante EVA-, periodicidad, síntomas acompañantes, incapacidad, etc.), solicitud de ayuda profesional a causa del dolor y estrategias utilizadas para aliviar el dolor.

Los datos obtenidos fueron introducidos en una base del programa SPSS 9.0 para Windows, para su descripción y análisis estadístico.

RESULTADOS.

La muestra final la componen 290 mujeres. No fue necesario excluir a nadie por antecedentes quirúrgicos ginecológicos.

La edad media fue 29,8 años (DE 8,5), con un rango entre 15 y 45 años. De éstas eran extranjeras el 15,5%. El 64,1% se encontraba en situación laboral activa.

Con respecto a los hábitos tóxicos el 34,5% eran mujeres fumadoras y el 23,1% referían consumir alcohol.

La edad media de la menarquía fue de 12,3 años (DE 1,5). El 56,8% de las mujeres eran nulíparas. El 56,9% (IC95% 49,9 – 61,6) de las mujeres entrevistadas referían tener reglas dolorosas. La intensidad media del dolor era 4,96 sobre 10 puntos (DE 3,0).

En el análisis univariante, resulta más frecuente la presencia de reglas dolorosas en menores de 25 años ($p=0,000$), nulíparas ($p=0,000$), consumidoras de alcohol ($p=0,007$), no

trabajadoras ($p=0,051$) y extranjeras ($p=0,112$). Éstas últimas asociaciones no se mantienen en el análisis multivariante (regresión logística), en el que sólo permanece como valor significativo la edad de la mujer (Exp(B) 0,92; EC95% 0,88 – 0,96), disminuyendo el dolor a medida que aumenta la edad de la mujer.

Los signos y síntomas acompañantes fueron sensación de vientre hinchado (81%), mastalgia (75,9%), mal humor (56,6%) y tristeza (49,7%).

Un 36,9% de las mujeres refiere haber tenido que abandonar alguna vez sus tareas habituales por el dolor, mientras que un 30,3% faltó a su trabajo por el mismo motivo. Han consultado alguna vez a su médico por dismenorrea el 34,1%.

El 72,1% de las mujeres utilizan medicación para aliviar los síntomas que acompañan a la menstruación, sobre todo AINEs (53,4%) y analgésicos (14,1%). El uso de remedios caseros es frecuente, siendo los más utilizados reposo, calor local, relajación y masaje abdominal.

DISCUSIÓN.

La dismenorrea, variable principal de nuestro estudio, es un concepto subjetivo, como lo es todo tipo de dolor, para que el que no existe una definición clara y concreta y, por tanto, sujeto a diferentes interpretaciones.

Los datos obtenidos en nuestro estudio ponen de manifiesto la elevada prevalencia (casi del 60%) de la dismenorrea dentro de la población femenina²⁻⁶. En relación con esta cifra, hemos de tener en consideración que la composición de nuestra muestra en cuanto a edad puede ser ligeramente distinta de la estructura etaria poblacional, debido a que la captación se realizó por reclutamiento; así, en nuestro estudio hay un ligero predominio de mujeres entre 15-24 años que puede segar al alta la cifra de prevalencia, ya que como demuestran nuestros datos, la dismenorrea es más frecuente en la población joven y va disminuyendo a medida que se pasa a edades superiores⁷.

Con respecto a la intensidad del dolor se puede decir que ocurre algo similar, ya que las mujeres entre 15 y 24 años refieren una mayor intensidad que el resto. Además de su elevada frecuencia, la dismenorrea es un dolor de intensidad no desdeñable (prácticamente 5 puntos sobre 10 en una escala analógica visual) y muchas veces asociado a síndrome premenstrual⁸. Por ello, no debe sorprender que en muchas ocasiones origine cierto grado de incapacidad en las tareas de la vida cotidiana y que repercute en sus relaciones sociales y por ello, es causa frecuente de absentismo laboral y/o escolar, lo que conlleva un gran impacto socioeconómico^{6,9,10,11}. A pesar de ello, cabe destacar que son muy pocas las mujeres que consultan al médico posiblemente por recurrir a la toma de medicamentos y a métodos caseros.

Como conclusión, podemos decir que la dismenorrea es un problema de gran relevancia en la población femenina, especialmente en las más jóvenes, que puede incapacitar a la mujer en su vida diaria, por lo que se precisa que se dediquen los medios y recursos adecuados en Atención Primaria para su estudio y tratamiento, con el fin de mejorar la calidad de vida de una parte importante de la población.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.-Abarca L, Molero JM, Casimiro C. Dismenorrea. Una revisión multidisciplinaria en el contexto de la medicina basada en la evidencia. FMC. 2006;13(9):550-9.
- 2.- Velasco-Rodríguez R, Mora-Brambila AB, González-Ortega LE, Bonilla-Gutiérrez OJ. Características clínicas y tratamiento de dismenorrea en estudiantes de licenciatura en enfermería. Rev Enferm IMSS. 2006; 14(1):29-34.
- 3.- Hewison A, BA van den Akker O. Dysmenorrhea, menstrual attitude and GP consultation. British Journal of Nursing. 1996;5(8):480-484.
- 4.-Banikarim CH, Chacko MR, Kelder SH. Prevalence and Impact of Dysmenorrhea on Hispanic Female Adolescents. Arch Pediatr Adolesc. 2000;154:1226-29.
- 5.- Hillen TH, Grbavac SH, Johnston PH, Straton J, Keogh J. Primary Dysmenorrhea in Young Western Australian Women: Prevalence, Impact, and Knowledge of Treatment. Journal of Adolescent Health. 1999;25:40-45.
- 6.- Burnett MA, Antao V, Black A, Feldman K, Grenville A, Lea R et al. Prevalence of primary dysmenorrhea in Canada. J Obstet Gynaecol Can. 2005;27(8):765-770.
- 7.- Larroy C, Crespo M, Meseguer C. Dismenorrea funcional en la Comunidad Autónoma de Madrid: estudio de la prevalencia en función de la edad. Rev Soc Esp Dolor. 2001; 8: 11-22.
- 8.-Banikarim CH, Chacko MR, Kelder SH. Prevalence and Impact of Dysmenorrhea on Hispanic Female Adolescents. Arch Pediatr Adolesc. 2000;154:1226-29.
- 9.- O'Connell K, Davis AR, Westhoff C. Self-treatment Patterns Among Adolescent Girls with Dysmenorrhea. 10.- Coco AS. Primary Dysmenorrhea. American Family Physician. 1999;60. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/990800ap/489.html> [consultado el 26/07/2008].
- J Pediatr Adolesc Gynecol. 2006;19:285-289.
- 11.- Bergsjö P: Socioeconomic implications of dysmenorrhea. Acta Obstet Gynecol Scand 1979;87(Suppl):67-68.

AUTOR/ES:

Tomás Castillo I. , Lopez Alvarez M^a J. , Gonzalez Garcia N. , De Diego Cabanes C. , Muniain Diaz De Cerio M. del P.

TÍTULO:

SEGUIMIENTO DE LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GENERO DETECTADOS EN UNA ABS URBANA.

TEXTO DEL TRABAJO:**INTRODUCCIÓN**

La violencia de género es siempre noticia por las muertes que de ella se derivan, pero las consecuencias de un maltrato mantenido en el tiempo, continúan actualmente invisibles en nuestra sociedad.

OBJETIVOS

- Conocer el registro y las características de la población diagnosticada de violencia de género (VG).
- Sensibilizar a los profesionales sanitarios ante este problema de salud.
- Aumentar la detección de las mujeres víctimas de VG que acuden al centro.

MÉTODOS

Tipo de estudio: Descriptivo retrospectivo de los periodos comprendidos entre Mayo 2005-06 y Mayo 2007-08.

Ámbito de estudio: ABS Urbana, situada en un barrio periférico de Tarragona que atiende una población de 30.565 habitantes con un nivel socio-económico bajo y con un porcentaje de población inmigrante del 17,5 %.

El estudio se realizó mediante la revisión de la historia clínica informatizada (e-Cap) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIM-10). Los códigos utilizados son:

- Y07.0--> Maltrato por el esposo o la pareja.
- Z63.0--> Problemas en la relación de pareja.
- T74----> Síndrome del maltrato.

Variables estudiadas:

- | | |
|-----------------|-----------------------------------------|
| - Equipo médico | - Otros diagnósticos |
| - Edad | - Consumo de fármacos |
| - Sexo | - Absentismo laboral |
| - Nacionalidad | - Número de consultas en el último año. |

Como método estadístico de comparación entre los 2 periodos se utilizó Chi².

RESULTADOS

Se analizaron los casos registrados hace 2 años y hemos vuelto a estudiar las mismas variables en el año 2007-2008.

Actualmente tenemos registradas 90 personas (83 mujeres y 7 hombres) con problemas de VG, de las cuales 49 son casos nuevos y 41 ya constaban anteriormente. Los resultados obtenidos pertenecen únicamente al grupo de mujeres.

Comparando con el análisis anterior, encontramos 20 mujeres con diagnóstico de VG inactivo por distintos motivos: fallecimiento de uno de los cónyuges, traslado de domicilio y sólo en un caso se resolvió la situación.

En el periodo Mayo 2007-08 encontramos que el 80,7% de las mujeres diagnosticadas de VG son de nacionalidad Española. El 55,42% pertenecen al grupo de edad de 15 a 45 años. El 13,25% al grupo de 46 a 55 años. El 7,22% al de 56 a 65 años y el 24,1% son mayores de 65 años. Un 44,6% está diagnosticada de algún tipo de trastorno psicológico. Un 34,9% tiene patología muscular y esquelética y un 27,7% tiene algún hábito tóxico. El 61,44% toma medicación antidepresiva y/o ansiolítica y un 31,32% analgésicos. El 72,3% de las mujeres acudió al centro en el último año más de 10 veces. En el grupo de mujeres en edad laboral se registra una media de ILT (Incapacidad Laboral Transitoria) de 65,5 días durante el último año. La prevalencia del equipo médico con mayor número de pacientes diagnosticadas es del 11,4% y la prevalencia del centro es de un 0,6%.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos estudiados respecto al uso de antidepresivos y ansiolíticos (53.7% Vs 59.2%, $p = 0.60$), tampoco respecto al uso de analgésicos (29.3% Vs 28.6%, $p = 0.94$) ni respecto a diagnóstico de trastorno psicológico (44.0% Vs 41%, $p = 0.77$).

Hemos elaborado una Guía de Actuación en casos de maltrato con la información y los recursos disponibles en la zona de cobertura.

DISCUSIÓN

Comparando ambos periodos, observamos que no hay diferencias estadísticamente significativas en el consumo de analgésicos, fármacos antidepresivos y/o ansiolíticos y en el diagnóstico de trastornos psicológicos. Cabe destacar en ambos periodos, la hiperfrecuentación de las pacientes así como el número de días de ILT. Hay que tener en cuenta que muchas de las mujeres con diagnóstico de VG no realizan trabajo remunerado y, por lo tanto, no tienen derecho a baja laboral. Aunque el consumo de medicación ansiolítica y/o antidepresiva no está generalmente indicada por disminuir el nivel de alerta ante las situaciones de peligro, en nuestro centro el consumo se mantiene en ambos periodos superior al 50%.

Se detecta un infraregistro de este problema por parte de los profesionales sanitarios del centro, que se mantiene en ambos periodos. La prevalencia de la VG en diversos estudios realizados en atención primaria en nuestro país oscila entre un 31,5% y un 32%.

Conocer nuestros registros y presentarlos en sesiones periódicas en el centro mejora el compromiso de los profesionales en la detección.

La Guía de Actuación en caso de maltrato facilita el abordaje de este problema.

Finalmente concluimos que el perfil de la mujer maltratada en nuestro centro es el de una mujer joven, de nacionalidad española, hiperfrecuentadora, con algún diagnóstico de trastorno psicológico y que habitualmente tiene prescrita medicación antidepresiva y/o ansiolítica.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ruiz-Jarabo C, Blanco P. La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Madrid: Díaz de Santos;2004.
2. Salber PR, Taliaferro E. Reconocimiento y prevención de la violencia domestica en el ambito sanitario. Guías para la detección y prevención de la violencia. Barcelona: Cedecs; 2000.
3. Garcia J, Herrero S, Chocron MJ, Tizón MJ, Redondo R, Ciurana C, et al. Violencia en la pareja:el papel del medico de familia. Aten Primaria 2003; 32:425-33.
4. Ruiz I, Plazaola J, Blanco P, Gonzalez JM, Ayuso P, Montero MI, et al. La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ambito de la atencion primaria. Gac Sanit 2006;20:202-8.
5. Raya L, Ruiz I, Plazaola J, et al. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. Aten Primaria 2004; 34:117-24.
6. Fernandez MC. Violencia domestica : ¿conocemos los efectos de la violencia sobre la salud de las victimas?. Aten Primaria 2004; 34:125-27.
7. Vives C, Alvarez-Dardet C, Caballero P. Violencia del compañero intimo en España. Gac Sanit 2003; 17:268-74.

Mesa de comunicaciones 27 / Concurrent session 27: Cuidados médico-quirúrgicos

AUTOR/ES:

Abreu A, Sanchez JL, Carrasco AM, Rodríguez M, Carrasco MC, Arenas J

TÍTULO:

CALIDAD DE VIDA CINCO AÑOS DESPUÉS DE UN INFARTO DE MIOCARDIO.
Proyecto FIS PI070511

TEXTO DEL TRABAJO:**INTRODUCCIÓN:**

Según nuevos datos de la Sociedad Europea de Cardiología, las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) se distribuyen de manera significativamente diferente en los países de toda Europa, sin embargo, continúan siendo la principal causa de muerte en la Unión Europea cobrándose más de dos millones de vidas al año. El coste económico anual para la Unión Europea supera los 192 billones de euros, es decir, 391 € per cápita; el 57% del total se atribuye directamente a la asistencia médica, el 21% al derivado de la pérdida de productividad laboral, y el 22% restante a la dependencia de cuidados informales, o sea, al proporcionado por parientes y amigos (1). La muerte prematura, el sufrimiento y la dependencia de muchas de las ECV son en gran medida evitables con políticas de prevención y control apropiadas.

Se ha encontrado asimismo, que las tasas de mortalidad por ECV son más elevadas en Grecia, Portugal y regiones del sur de España e Italia, habiéndose recomendado tomar medidas urgentes para reducir las elevadas tasas de mortalidad existentes en estos países. Estas disparidades tienen que ver con las diferencias en la dieta, el consumo de alcohol, el consumo de tabaco, la actividad física, la calidad de la asistencia médica y los factores medioambientales. Por ello los expertos recomiendan energicamente a los países de alto riesgo poner en práctica métodos que reduzcan el problema, por lo inaceptable desde el punto de vista humano y económico de las elevadas tasas de mortalidad. Por otro lado, la puesta en práctica de las recomendaciones existentes ha de tener en cuenta la realidad económica y cultural a nivel local.

En nuestro país, en 2006 el grupo de las ECV se mantuvo como primera causa de muerte (32,5% del total de defunciones) aunque su peso relativo en el total de defunciones sigue reduciéndose (2). La enfermedad cardiaca crónica afecta la Calidad de Vida (CV), y el hecho de que en las últimas décadas los avances científicos y tecnológicos aumenten la supervivencia, compromete a profesionales y políticos a adoptar medidas con aquellas personas que viven más para que la percepción sobre su estado de salud física y emocional sea adecuado, que sientan bienestar y satisfacción en el desarrollo de sus roles personales y sociales, y así estar más predispuestos e informados para la autogestión de su salud y el control de su enfermedad.

En principio, se aconseja utilizar medidas de CV que permitan conocer desde la perspectiva del paciente sus necesidades, problemas y preferencias de cuidados (3).

Nosotros realizamos la presente investigación con objeto de conocer la CV de nuestros pacientes, para poder aplicar posteriormente aquellas intervenciones específicas a los problemas hallados, basadas en la evidencia, y que recomendadas por los expertos han demostrado ser eficaces en la mejora de la CV y en el control de los factores de riesgo o en los hábitos de vida inadecuados de las ECV, y concretamente en el caso del Infarto de Miocardio (IM).

OBJETIVOS:

- 1- Conocer la CV que presenta una muestra de pacientes post IM pertenecientes a la provincia de Huelva, 5 años después del episodio.
- 2- Conocer si existe afectación en la muestra de pacientes, en las distintas dimensiones que explora la CV, como son física, emocional, de ocio y trabajo, o de relaciones personales y sociales entre otras.

METODOLOGÍA:

Se trata de una cohorte post IM seguida a lo largo de 5 años a los que se ha efectuado mediciones previas de CV dentro de un estudio más amplio. La muestra inicial estaba compuesta por 93 pacientes diagnosticados de IM en 2001 en la UCI de un hospital de la provincia de Huelva. A los cinco años del IAM, tras 22 defunciones y otros 22 ilocalizables nuestra cohorte contaba con 49 pacientes, de los que 47 (95.91%) accedieron a participar en esta nueva medición de CV.

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 visitó y se pasó el cuestionario. El instrumento utilizado para evaluar la CVRS fue el Cuestionario Español de Calidad de Vida (CV) en Pacientes Postinfarto de Velasco y cols., (1993) (4). 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 (INE) (2): sexo, edad, lugar de residencia, nivel de estudios, estado civil, ingresos anuales y situación laboral anterior y posterior al episodio de IM.

Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS 14.0 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:

La cohorte actual estaba compuesta por 42 varones y 5 mujeres, comprendidos entre 27 y 84 años (mediana de 70 años). Vivían en la ciudad 20 (42,6%). La mayoría tenían estudios elementales, 36 (76,6%). Estaban casados 38 (80,9%). La gran mayoría (38, 80,9%) estaban retirados de su trabajo en el momento de la última evaluación, siendo atribuible al IAM el cambio de actividad laboral en 22 de ellos (46,8%). Tenían unos ingresos inferiores a 9000 € anuales el 70,2% de ellos.

La escala de CV de Velasco y cols presentó una puntuación de entre 23 y 151 puntos, (media 67,97, desviación típica 32,87) en el total de CV. Por Nivel de Afectación de CV encontramos una "afectación leve de la CV" para 16 (34%) pacientes, 23 (48,9%) pacientes tenían una "afectación moderada", 7 (14,9%) pacientes presentaban una "afectación importante" y 1 (2,1%) paciente presentaba una "afectación grave".

Por otro lado, las puntuaciones de las áreas o dimensiones de la escala de CV fueron las siguientes:

- Puntuación en el área de Salud: 29 puntos (media 15.19, desviación típica 7.08) para un máximo teórico según los ítems de 40 puntos.

- Puntuación en el área de Sueño- Descanso: 15.00 puntos (media 5.42, desviación típica 4.17) para un máximo teórico según los ítems de 15 puntos.

- Puntuación en el área de Comportamiento Emocional: 15.00 puntos (media 5.55, desviación típica 4.69) para un máximo teórico según los ítems de 15 puntos.

- Puntuación en el área de Proyectos de Futuro: 15.00 puntos (media 3.06, desviación típica 3.80) para un máximo teórico según los ítems de 15 puntos.

- Puntuación en el área de Movilidad: 20.00 puntos (media 10.63, desviación típica 6.75) para un máximo teórico según los ítems de 25 puntos.

- Puntuación en el área de Relaciones Personales - Sociales: 24.00 puntos (media 8.38, desviación típica 5.33) para un máximo teórico según los ítems de 35 puntos.

- Puntuación en el área de Comportamiento de Alerta: 15.00 puntos (media 3.19, desviación típica 4.57) para un máximo teórico según los ítems de 15 puntos.

- Puntuación en el área de Comunicación: 15.00 puntos (media 2.44, desviación típica 3.13) para un máximo teórico según los ítems de 15 puntos.

- Puntuación en el área de Ocio- Trabajo: 25.00 puntos (media 14.08, desviación típica 5.81) para un máximo teórico según los ítems de 25 puntos.

DISCUSIÓN:

A los cinco años de haber sufrido un IM, nuestros pacientes presentaban alteraciones de su CV. En concreto, casi un tercio de ellos presentaba un nivel de afectación "leve" de su CV, casi la mitad de pacientes presentaba un nivel de afectación "moderado" en su CV y el resto (17%) presentaba un nivel de afectación entre "importante y grave". La CV global de nuestros pacientes es mejorable. Observamos asimismo, que todas las dimensiones que componen la CV (área física, emocional,

laboral, social etc.) presentaban alteraciones cinco años después de haber sufrido un IM, con especial afectación en las áreas de Salud física, Movilidad y de Ocio- Trabajo.

Es necesario efectuar un seguimiento enfermero a estos pacientes para aplicar los Programas e Intervenciones Basadas en la Evidencia recomendados por los Comités y Sociedades Científicas (5,6,7), según las cuales, las alteraciones en las dimensiones mencionadas podrían reducirse y evitar futuras complicaciones, con lo que la percepción que sobre su CV tienen los pacientes, podría mejorar.

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, de cumplimiento terapéutico, etc., (8) programas educativos para modificar los factores de riesgo clásico y estilos de vida (movilidad, hábitos, etc.) (9), bien desde el ingreso hospitalario hasta el domicilio, o bien por medio de programas únicamente domiciliarios que tutelen a pacientes y familiares tras padecer un episodio coronario.

Los resultados en todos los estudios, 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 (10,11).

Es fundamental realizar investigaciones con un enfoque enfermero para que, una vez conocida la situación y necesidades reales de nuestros pacientes, se puedan establecer 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. Red Europea Cardiovascular (2008) Estadística de la enfermedad cardiovascular europea en 2008. Bruselas. Red Europea Cardiovascular. <http://www.ehnheart.org> (estadística)
2. <http://www.ine.es/>
3. Brotons, C., Permanyer, C.. (1997). La evaluación de resultados (outcomes) y de su relevancia clínica en cardiología: especial referencia a la calidad de vida. Revista Española de Cardiología, 50, 192-200.
4. Velasco, JA., Barrio del, V., Mestre, MV., Penas, C. y Ridocci, F. (1993). Validación de un nuevo cuestionario para evaluar la calidad de vida en pacientes postinfarto. Revista Española de Cardiología, 46: 552- 558.
5. Plan Integral de Cardiopatía Isquémica 2004- 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo (2003). www.msc.es/planesIntegrales/planes_integrales.htm
6. Mosca, L., Appel, L.J., Benjamín, et al (2004). Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women (AHA). Arteriosclers Thromb Vasc Biol,24(3):29-50.
7. Velasco, JA., Cosín, J., Maroto, et al. (2000). Guías práctica clínica de Sociedad Española de Cardiología en prevención cardiovascular y RC. Rev Esp Cardiol, 53(08):1095-1120
8. Steptoe, A., Doherty, S., Rink, E., et al. (1999). 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, 319(7215):943-7.
9. Carlsson, R., Lindberg, G., Westin, L. y Israelsson, B. (1997). Influence of coronary nursing management follow up lifestyle after acute myocardial infarction. Heart,77(3):256-9.
10. Warrington, D., Cholowski, K. y Peters, D. (2003). Effectiveness of home-based cardiac rehabilitation for special needs patients. Journal Of Advanced Nursing, 41 (2): 121-129.
11. Elkan, R., Kendrick, D., Hewitt, M., et al. (2000). The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature. Health Technology Assessment, 4(13): 1-339.

AUTOR/ES:

Arredondo-Provecho, AB; Guillén-Sierra, MC; Martínez-Piédrola, M; Rodríguez-Caravaca, G; Martín-López, R; Martín-Ríos, MD; Mosquera-González, M.

TÍTULO:

"Cuidados de enfermería en el paciente quirúrgico para reducir la infección nosocomial como estrategia de seguridad."

TEXTO DEL TRABAJO:

1.- Introducción

Las infecciones quirúrgicas representan del 14 al 16% de todas las infecciones adquiridas en el hospital (1), a pesar de las iniciativas llevadas a cabo para reducirlas o eliminarlas. Casi un 3% de los pacientes intervenidos quirúrgicamente desarrollan una infección de este tipo lo que prolonga su hospitalización y eleva los costes económicos de la misma.

Entre el 40-60% de estas infecciones se pueden prevenir (2), ya que se deben a la entrada en el organismo de la flora normal de la piel del paciente a través de la incisión. Los patógenos asociados a ellas se pueden aislar no solamente a partir de heridas infectadas, sino también de áreas colonizadas de la piel normal e intacta (3). Las medidas de prevención irán dirigidas a disminuir la posibilidad de contaminación del sitio quirúrgico (medidas de asepsia y antisepsia), mejorar el estado general o local del paciente y evitar la transformación de la contaminación en infección a través de la profilaxis antibiótica. Los factores que pueden influir en la aparición de infección en el sitio quirúrgico se pueden atribuir al propio paciente (diabetes, uso de esteroides, nicotinemia, desnutrición, colonización por diferentes gérmenes o transfusiones preoperatorias), a la inadecuada preparación para la intervención (rasurado de zona quirúrgica, higiene prequirúrgica: lavado de cabello y ducha preoperatoria, antisepsia de la piel, preparación del campo quirúrgico, lavado de manos del personal quirúrgico y profilaxis antibiótica), a las características del acto quirúrgico (ventilación y limpieza del quirófano, esterilización del material quirúrgico, vestimenta del personal de quirófano y técnicas empleadas) y a los cuidados postoperatorios (cuidado de la herida quirúrgica, en régimen hospitalario o ambulatorio)(4). En este contexto, la preparación cutánea de la piel es un tema de gran interés desde hace mucho tiempo y que se valora en este estudio. Según el protocolo de preparación del paciente quirúrgico de nuestro centro, el día de la intervención, se debe eliminar el vello del campo quirúrgico al paciente si interfiere con la cirugía, ducharse con jabón antiséptico y aplicarse colutorio de antiséptico bucal (siguiendo la recomendación del Centro de Prevención y Control de Enfermedades de Atlanta(CDC), que emite una directriz en la que recomienda que no se realice eliminación del vello a no ser que este interfiera con el procedimiento quirúrgico, en cuyo caso debe realizarse de manera inmediata previa a la intervención y preferentemente con maquinilla eléctrica (IA) (5), aunque estudios posteriores revelan que el afeitado preoperatorio puede ser perjudicial). Lavar cuidadosamente la zona de la incisión y su entorno previamente a la antisepsia cutánea (IB). El objetivo de preparar la piel del sitio quirúrgico es disminuir de manera significativa el número de colonias de bacterias previo al inicio de la cirugía. Lo ideal es mantener dicha disminución durante toda la cirugía y no solamente en el momento previo a la incisión, para lo cual debe utilizarse jabón antiséptico con efecto residual.

En la evolución del estudio de prevalencia de infección nosocomial en España (EPINE) de 1990 a 2007 las cifras de infección quirúrgica varían de un 22.7% en 1990 a 20.7% en 2007 en el porcentaje total. Ha pasado a ser la segunda causa de infección nosocomial, después de la respiratoria (22.2%) en el último año.

En nuestro hospital, representa el 9.62% de las infecciones nosocomiales. La intervención de la enfermera y la colaboración entre el personal sanitario es de crucial importancia para evitar la aparición de la infección, no sólo en la preparación del paciente, sino también en la valoración de la herida quirúrgica y la detección precoz de los signos de infección (6). Con la finalidad de evaluar los cuidados del paciente quirúrgico, mejorar la calidad de cuidados y su seguridad en el hospital, se plantean los siguientes objetivos: evaluar la incidencia de infección quirúrgica en mastectomías, cirugía de colon, cirugía de columna (fusión vertebral y laminectomía), prótesis de rodilla y de cadera, a través de los indicadores definidos por el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) y el protocolo de Enfermería de preparación del

paciente quirúrgico del hospital. Describir la media de edad de los pacientes según el procedimiento. Identificar y diseñar propuestas de mejora. Se incluye como caso de infección quirúrgica la que aparece en un paciente sometido a cirugía, hasta 30 días después de la intervención (o durante el año siguiente, si hubo implantes) (7).

2.- Método. Estudio de incidencia para la vigilancia de infección de herida quirúrgica entre Julio 2007 y Febrero de 2008, en un hospital de nivel III de la Comunidad de Madrid. La recogida de datos se realizó en el formulario específico del programa INCLIMECC definido por el SERMAS. Se recogen datos relativos al paciente. Filiación: N° Historia Clínica, fecha de nacimiento, sexo. Datos de hospitalización: fecha de ingreso, ingreso programado/urgente, tipo de ingreso (ingreso nuevo, reingreso reintervención/complicación, reingreso por enfermedad crónica, CMA), procedencia (admisión, hospital de día, observación-urgencia, traslado otro hospital, consulta externa), fecha de alta, motivo de alta, episodio finalizado (sí/no). Se considerará finalizado al ser dado de alta el paciente del servicio quirúrgico donde se le ha realizado la intervención. Datos de la intervención quirúrgica: fecha de la cirugía, programada/urgente, duración (en minutos), riesgo ASA, grado de contaminación de la cirugía según definiciones CDC. Código CIE-9 de los procedimientos quirúrgicos, reintervención. Se codificarán las causas según manual de procedimiento para la recogida de datos. Cirugía endoscópica (sí/no), profilaxis antibiótica, valoración de la profilaxis: adecuada o inadecuada. Datos de la infección: Fecha de la infección, localización (según códigos CDC). Se especificará el nivel de la infección: superficial, profunda, órgano-espacio. Etiología de la infección, tipo de infección: hospitalaria o extra-hospitalaria. Estos datos los recogieron las enfermeras de Medicina Preventiva, mediante: Una visita preoperatoria (entrevista a los pacientes para verificar los indicadores de preparación del paciente quirúrgico según el protocolo de enfermería) y otra visita postoperatoria, para verificar tanto la prescripción de profilaxis antibiótica conforme al protocolo del hospital, como la correcta administración, evaluar la evolución de la herida y el seguimiento de evolución en la historia clínica.

El análisis de datos se realizó mediante el mismo programa. Se calculó la tasa de incidencia acumulada de infección, la media de edad (X) por especialidad y su desviación estándar (DE). Criterio de inclusión: todos los pacientes de cirugía electiva y urgente en los procedimientos descritos.

3.- Resultados. De los 226 pacientes estudiados, 139 fueron por cirugía de fusión vertebral, laminectomía, prótesis de rodilla y de cadera, con una X: 61,32 años y DE: 15,76, la preparación prequirúrgica fue correcta en el 75,74%, la profilaxis es adecuada en 55,56%, la tasa de incidencia acumulada fue: 2,88. Por mastectomías fueron 54, con una X: 58,30 años y su DE: 15,16, la preparación prequirúrgica fue correcta en el 94,12%, la profilaxis es adecuada en 73,47%, la tasa de incidencia acumulada fue: 1,85. Por cirugía de colon fueron 33, con una X: 65,39 años y DE: 13,44, la preparación prequirúrgica fue correcta en el 25%, la profilaxis es adecuada en 93,33%, la tasa de incidencia acumulada fue: 3,03.

4.- Discusión. En nuestro estudio se observa que las tasas de incidencia acumulada son inferiores a la tasa global de la Comunidad de Madrid, que es 2.66% en mastectomías. En el caso de la cirugía de colon, la muestra fue pequeña por ello los datos no tienen representatividad. En traumatología es ligeramente superior a la nacional en la fusión vertebral (3.34%) e inferior en la laminectomía (1.80%). Los resultados correspondientes a la preparación quirúrgica incorrecta, es debido a la no aplicación de antiséptico bucal, pero el paciente si se había duchado con antiséptico previo a la cirugía. El rasurado se realiza con rasuradora en el momento del estudio, aunque ya se ha propuesto la maquinilla eléctrica como recomienda el CDC. A medida que aumenta la correcta preparación prequirúrgica junto con la adecuada profilaxis, disminuye la tasa de infección. Como propuestas de mejora, se diseñó una guía breve de preparación prequirúrgica para explicar y entregar a los pacientes, así como la realización de 7 sesiones en las unidades de enfermería para recordar la importancia de aplicación del protocolo y presentar dicha guía. En ellas, participaron 43 enfermeras, 38 Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, 7 supervisores de enfermería y 1 alumno de enfermería. Se recordaron los aspectos más importantes del protocolo para prevenir la infección y se recomendó leer el protocolo a fin de un conocimiento exhaustivo. Respecto a la profilaxis, está protocolizada en el hospital y se propone una nueva revisión de la misma por la Comisión de Infección hospitalaria y política de antibióticos.

La importancia de una correcta preparación prequirúrgica ha sido ampliamente descrita por diferentes organismos: CDC, APIC, HICPAC...

Diversos estudios internacionales sobre efectos adversos muestran que las complicaciones perioperatorias son una de las causas más frecuentes de éstos. En los últimos años se han desarrollado estrategias para controlar los evitables. La implantación de prácticas seguras para la prevención de infección en la herida quirúrgica ha sido una línea definida para ello. Además de mejorar la calidad de atención y seguridad del paciente, contribuye a disminuir los costes globales para el Sistema Nacional de Salud relacionados con la infección nosocomial del sitio quirúrgico, que en el año 2005 fueron de 417.216.735€(8). Es necesario realizar nuevos estudios para profundizar más en el conocimiento de esta evolución. La Consejería de Sanidad y Consumo, según orden 1087/2006 (anexo 3.12) crea el sistema de vigilancia y control de la infección hospitalaria en la Comunidad de Madrid, dentro del marco de desarrollo Protocolo del sistema de vigilancia y control de la infección nosocomial (RIHOS) para el desarrollo de la red de vigilancia epidemiológica definida en el decreto 184/1996, de 19 de diciembre. Este sistema de vigilancia se denomina "Registro Regional de Infección hospitalaria de la Comunidad de Madrid " (RIHOS) y será el instrumento a través del cual se organice y coordine la vigilancia y control de dichas infecciones en el ámbito de la comunidad. Se plantea desde un punto de vista multidisciplinar, siendo responsable de la implementación de las medidas de control, dentro de cada Centro Sanitario, todos y cada uno de los servicios implicados. En este sentido la Comisión de Infecciones juega un papel fundamental, al igual que la Dirección de Enfermería, las Unidades de Cuidados Intensivos, los Servicios Médicos Quirúrgicos y en general todos los servicios y unidades del centro y especialmente los Servicios de Microbiología Clínica, sin perjuicio de las competencias asignadas a los Servicios de Medicina Preventiva en este campo(7).

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Monge V, Sainz de los Terreros L, Díaz-Agero C, Saa CM, Plana N. Excess length of stay attributable to surgical site infection following hip replacement: a nested case-control study. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2006; 27: 1299-1301.
- (2) Odom-Forren J. Prevención de las infecciones quirúrgicas. *Nursing* 2007;25(7):25-9.
- (3) RT-33, RT-34, RT-35, RT-36. Manual de protocolos y procedimientos de enfermería. 3ª ed. Dirección de Enfermería. Unidad de Docencia, Calidad e Investigación de Enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. 2001.
- (4) Guía de higiene hospitalaria. Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico San Carlos. Capítulo 13. Pág 107-111. 2004.
- (5) Eliminación preoperatoria del vello. Revisión bibliográfica. *AORN JOURNAL* mayo 2002; vol 75(5): 928-940.
- (6) Cutting KF, White RJ. Criteria for identifying wound infection — Revisited. *British Journal of Community Nursing* 2004;9 (Supl 3):S6-S16.
- (7) Protocolo del sistema de vigilancia y control de la infección nosocomial (RIHOS). Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Comunidad de Madrid. Febrero 2007.
- (8) Estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud Español. Resultados del período 2005-2007. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo
- (9) Promoción de la calidad. Guía de buenas prácticas. Prevención y control de la infección nosocomial. Comunidad de Madrid. 2007.

AUTOR/ES:

Esteban Sepúlveda Silvia , Méndez Vallejos Consol , Canela Valls Eulàlia , Sánchez Sánchez Alfonsa

TÍTULO:

INCIDENCIA DE LA HIPERBILIRRUBINEMIA EN LOS DIFERENTES GRUPOS ÉTNICOS

TEXTO DEL TRABAJO:

Se define como ictericia la coloración amarilla de la piel y mucosas debido a un exceso de bilirrubina en la sangre del recién nacido. La ictericia que aparece en 30-50% de los recién nacidos sanos y a término, que por lo general desaparece sola, y es la llamada ictericia fisiológica. Nos encontramos ante una ictericia patológica (aproximadamente 6% de los recién nacidos) cuando esta coloración amarillenta aparece durante las primeras 24h de vida, cuando la bilirrubina sérica aumenta más de 5mg/Dl. al día o cuando dura más de una semana en recién nacidos (RN) a término y más de dos semanas en RN prematuros. La hiperbilirrubinemia grave y sin control puede causar encefalopatía aguda o crónica que provoca convulsiones y parálisis cerebral, con pérdida de audición en los niños que sobreviven. La causa más frecuente de ictericia no fisiológica en el recién nacido es la enfermedad hemolítica por isoimmunización, debido a incompatibilidad ABO y Rh. En lo que hace referencia a la ictericia provocada por la lactancia materna debemos destacar que se considera una prolongación de la ictericia fisiológica causada por un factor de la leche materna, que enlentece la eliminación de la bilirrubina, y que afecta a 2/3 de los niños amamantados.

La mayoría de los recién nacidos con niveles altos de bilirrubina son tratados inicialmente con fototerapia. Ésta, generalmente, se inicia cuando se sospecha que los niveles de bilirrubina pueden entrar en el rango tóxico. La fototerapia convierte la bilirrubina en un isómero hidrosoluble que puede ser excretado por el riñón. Tiene también un efecto indirecto como estimulante del peristaltismo, aumentando la excreción de las heces disminuyendo así la circulación enterohepática de la bilirrubina no conjugada. El tratamiento con fototerapia provoca una disminución de 1-2mg/Dl. de bilirrubina total al cabo de 4-6h, y facilita que siga disminuyendo hasta estabilizar los valores de bilirrubina en las primeras 12-24h. Se utilizan también otros tratamientos coadyuvantes cuando es necesario: farmacológico (fenobarbital, gammaglobulina inespecífica) o exanguinotransfusión.

Antecedentes

El Hospital del Mar de Barcelona atiende una zona de la ciudad en la que hay gran variedad de étnias. Las enfermeras de la Unidad Neonatal teníamos la apreciación subjetiva de que había un mayor número de niños de una misma étnia tratados con fototerapia, y de que había una estacionalidad en el número de ictericias diagnosticadas durante el año. Consideramos que estas sospechas eran motivo de estudio.

Hay en la literatura diferentes estudios que encuentran diferencias raciales en la ictericia neonatal:

- La población negra presenta los valores más bajos de bilirrubinemia y la población hispana los más altos, hasta el punto que se establecieron valores de normalidad diferentes para cada uno de estos grupos. Los niños hispanos presentan valores mayores y un pico más alto de ictericia fisiológica. Los primeros estudios que definieron límites aceptables de bilirrubinemia fisiológica se hicieron básicamente con recién nacidos negros o blancos. Parece claro que los asiáticos, hispanos y nativos americanos tienen concentraciones medias considerablemente más altas durante la 1 semana de vida. El patrón no es diferente en la curva, pero la curva de los hispanos aumenta antes y más rápido, llegando a un pico más alto.(1)

-En un estudio realizado en 95 neonatos esquimales de Alaska en 1978, se observa que los que son alimentados con leche materna presentan niveles mayores de bilirrubina en sangre que los alimentados con leche artificial. Los altos niveles observados en los dos grupos eran similares a los observados en los neonatos navajos y orientales, pero mayores que los observados en los caucásicos y negros.(2)

-Los factores genéticos pueden ser responsables de las diferencias étnicas en lo que se refiere a la capacidad de eliminar bilirrubina, mientras que algún factor medioambiental no identificado puede jugar también cierto papel en la prevalencia de la ictericia neonatal. Como resultado de un programa de vigilancia de la ictericia neonatal en Singapur que incluyó educación sanitaria a

médicos y enfermeras, screening de los recién nacidos y tratamiento precoz de la ictericia, no se ha detectado ningún caso de Kernicterus en Singapur desde hace más de 10 años.(3)

-Los neonatos Navajo presentan una elevada concentración de bilirrubina sérica a los 2 días de vida en comparación a los neonatos caucásicos de control. Estas cifras no se explican por diferencias en la edad gestacional, horas de vida o concentración de Hemoglobina (HB). Las elevadas cifras de bilirrubina en sangre en los neonatos Navajo es parcialmente debida a una producción incrementada. Los neonatos japoneses muestran un pico de ictericia mayor y más tardío que los neonatos caucásicos.(4)

-El patrón de ictericia en los neonatos japoneses entre las 30 y las 72 horas de vida es diferente al que presentan los neonatos caucásicos. Estas diferencias no se explican por diferencias en la alimentación, ya que los dos grupos comparados tenían patrones de alimentación similares.(5)

Objetivos

1. Conocer si hay diferencias en la incidencia de hiperbilirrubinemia patológica en los diferentes grupos étnicos.

2. Establecer grupos de riesgo en los que instaurar pautas de control y detección precoz.

Método

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal realizado en la Unidad de Neonatología del Hospital del Mar de Barcelona. Se revisan 122 historias clínicas de los niños diagnosticados de ictericia patológica, durante el periodo comprendido entre el 15 de junio de 2003 al 28 de febrero de 2006.

Se recogen las siguientes variables para el estudio: N° Historia Clínica, País de origen de la madre , País de origen del padre, Fecha de ingreso, Fecha de alta, Datos de la gestación (Edad gestacional, Tipo de parto, Grupo sanguíneo materno, Coombs indirecto, Diabetes gestacional, Infección uterina), Datos del neonato (Sexo, Peso, Grupo sanguíneo, Coombs directo, Macrosomía, Presencia de cefalohematoma, tipo de Alimentación), Datos específicos de Hiperbilirrubinemia (Tipo de Ictericia: Hemolítica, Isoinmunización Rh, Isoinmunización ABO, Isoinmunización otras, Ictericia secundaria, Ictericia del prematuro, Ictericia idiopática), Horas de vida al inicio de la ictericia, Cifras de bilirrubina transcútanea, Cifras de bilirrubina sérica, Tratamientos (Fototerapia, Duración total del tratamiento con fototerapia en horas, Supresión lactancia materna , Tratamiento con Agar, Sueroterapia , Gammaglobulina inespecifica, Fenobarbital, Exanguinotransfusión).

El tratamiento estadístico de los datos se hará mediante estadística descriptiva y contraste de hipótesis para diferencias entre proporciones. Se establece un nivel de significación de 0,05.

Establecimiento de las diferentes categorías de la muestra

Se obtienen las agrupaciones en base a la situación geográfica de la etnia de los padres.

Se contabilizan 55 países de origen que agrupamos en tres grupos o categorías que denominaremos razas.(6,7)

Grupo 1. Caucásica: desde el Norte de Europa hasta el Norte de África y la India, con la piel blanca o ligeramente oscura, el cabello ondulado y la nariz generalmente estrecha.

Grupo 2. Negroide: África Sub-Sahariana, con la piel oscura, y el cabello crespo.

Grupo 3 . Mongoloide: Asia excepto el Sur-Oeste(India), Norte y Este del Pacífico y continente Americano, con la piel desde pálida a oscura , el cabello liso muy negro y presencia de un pliegue palpebral .

Análisis descriptivo y estudio estadístico

En el periodo estudiado han nacido 3692 niños, de los que 122 han sido diagnosticados de ictericia patológica y de éstos, 85 reciben tratamiento con fototerapia.

Se trabajan proporciones y no cifras absolutas para compensar los diferentes números de RN de cada etnia y así poder compararlos de forma equitativa.

Distribuidos por categorías, un 1,44% de los RN caucásicos, un 2,85% de los RN negroides y un 4,87% de los RN mongoloides han recibido tratamiento con fototerapia.

En base a las proporciones obtenidas, hacemos los tres contrastes necesarios: categorías caucásica vs negroide, negroide vs mongoloide y caucásica vs mongoloide.

Conclusiones

- Se observa estacionalidad en el número de ictericias diagnosticadas, con predominancia de las estaciones frías.(63,93%)
- Hay un predominio de las ictericias producidas por isoimmunización de grupo ABO.(45,90%)
- Hay diferencias estadísticamente significativas entre el grupo caucásico y el mongoloide($p < 0.001$), así como entre el grupo caucásico y el negroide(0,05), pero no entre el grupo mongoloide y el negroide. Esto puede explicarse por el tamaño de muestra insuficiente del grupo negroide .

Discusión

Debemos aumentar el tamaño de muestra de la categoría negroide.

La población mongoloide sí que presenta una diferencia importante con la caucásica, resultado que coincide con los estudios realizados y citados en la bibliografía. Apuntamos dos posibles hipótesis:

1. HAY UNA POBLACIÓN DE RIESGO QUE ES LA MONGOLOIDE. Aceptando esta premisa, se podrían proponer medidas de control más exhaustivas en esta población, como la realización de determinaciones precoces de bilirrubina en sangre, la reducción en el tiempo de la primera visita al pediatra después del alta hospitalaria, el fomento de la ingesta de leche, etc. La explicación podría ser una mayor dificultad en la eliminación de la bilirrubina o bien una producción aumentada.
2. LAS CONCENTRACIONES FISIOLÓGICAS DE BILIRRUBINA EN SANGRE DE LOS NEONATOS MONGOLOIDES SON MÁS ELEVADAS. Si contemplamos esta posibilidad, serían necesario revisar los valores de normalidad y confeccionar tablas diferentes en función del grupo poblacional. La explicación de este hecho podría ser que el supuesto valor protector antioxidante de la bilirrubina supusiera una ventaja evolutiva en estas poblaciones, y que este rasgo se hubiese mantenido a causa de la endogamia que tradicionalmente las ha caracterizado. Apuntamos a causas genéticas ya que el factor medioambiental queda descartado a causa de la gran dispersión geográfica que presenta la población mongoloide, y el factor alimentario también se descarta ya que estudios previos han mostrado que estos niños muestran valores significativamente más altos tanto si practican lactancia materna como artificial.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1-Joan E. Hodgman MD, Nancy Edwards MD. Racial Differences in Neonatal Jaundice. Hiperbilirrubinemia in Hispanic Infants. Clin Pediatr (Phila) 1992 Dec;31(12):719-22.
- 2-Fisher Q, Cohen MI, Curda L, McNamara H. Jaundice and breast-feeding among Alaskan Eskimo Newborns. Am J Dis Child; 1978 Sep; 132(9):859-61.
- 3-Ho NK. Neonatal Jaundice in Asia. Baillieres Clin Haematol. 1992 Jan;5(1):131-42.
- 4-Johnson JD, Angelus P, Aldrich M, Skipper BJ. Exaggerated jaundice in Navajo Neonates. The role of Bilirubin Production. Am j Dis Child. 1986 Sep;140(9):889-90.
- 5-Itoh S, Kondo M, Kusaka T, Isobe K, Onishi S. Differences in transcutaneous bilirubin readings in Japanese term infants according to feeding method. Pediatr Int. 2001 Feb;43(1):12-5.
- 6-Save Jones, Robert Martin, David Pilbeam Editors. Sarah Bunney Executive Editor. The Cambridge Encyclopedia of Human Evolution. Cambridge University Press.
- 7-Carme Escarabajal, Àgata Losantos. La Gran Enciclopèdia en Català. Edicions 62. Vol 11.(definició de Home)

Mesa de comunicaciones 29 / Concurrent session 29: Clinical practice

AUTOR/ES:

Samira Reschetti Marcon, Alice Guimarães Bottaro de Oliveira, Dulce Aparecida Barbosa

TÍTULO:

Evaluation of the prevalence of depressive symptoms in illicit drug users

TEXTO DEL TRABAJO:

Currently chemical dependence and its consequences are a serious public health problem. The abusive use of drugs bring countless damage, both those regarding social and family aspects directly implicated in the use and the physical and physic comorbidities derived from it. In relation to phyctic disturbs, mainly some studies using evaluation scales have shown the presence of depressive symptoms among the illicit drug users.(1,2) The identification of psychiatric comorbidities contributes to the more appropriate development of therapeutic strategies and consequently a better prognostic.(3) However, especially in Brazil studies with this population as well as using evaluation tools, are still scarce, a fact that justifies the importance of this study.

Objective: to assess the prevalence of depressive symptoms in the illicit drug users of Caps ad of Cuiabá - Mato Grosso. It is a cross-sectional study, and the stratified randomized method proportional to the size of the population that was composed by 42 illicit drug users that had been and/or were under follow-up in Caps ad from January to April 2008, in Cuiabá, State of Mato Grosso, Brazil was used. The criteria of inclusion were: age higher than 18 years, illicit drug users with the possibility of other associated licit drugs, diagnosis of mental and behavioral disorder due to the use of psychoactive substances. The instrument used was Beck's Depression Inventory, composed by 21 items to evaluate attitude and the symptoms of depression which reflect the present status of the individual. The variables of the study were put together in socio-demographic, related to drugs and specific of the depression instrument.

The results showed that 90,5% were ,male, 43,0% had medium level of schooling, 50,0% were married, 33,3% did not have a fixed job and 59,5% had as therapeutic proposal the frequency of 2 to 3 times a week in Caps ad. The findings in relation to the highest proportion of male in service are in accordance with the literature data.(4,5,6) Schooling had an increase during the school years when compared to data collected in the same service in 2005, where 54,5% of the users reported to have incomplete elementary schooling (6), and the marital status also suffered alteration being that in 2005 single people predominated among the users (47,7%), however, our findings of 50,0% of married users get closer to the results evidenced in another study (4) which had a percentage of 60,5%. In relation to the variable fixed job, the ratio though lower (33,3%), in relation to the study of 2005(6) (43,8%) shows the difficulties that the drug users face in relation to their reinsertion in the work market and conservation of links. The frequency of these people in the service twice or three times a week was the therapeutic proposal, however, what we could notice in the moment of data collection was that they did not attend the program according to the therapeutic project established, failures and abandonment occurred, a fact that can be related to countless factors such as treatment through judicial guidance, lack of motivation for the treatment, relapses, financial problems, the distance from the service to their house among others.

Marijuana was the drug most used (88,0%) as well as the first drug in their lives (76,0%). These results are similar to other studies.(5,6) The mean initial age for the use of drugs appeared with the mean of 15,8 years, and when compared to literature they are slightly higher.(6) During the treatment 62,0% reported being abstinent, this rate must be seen carefully taking into account that many of them have refused to tell the truth about using drugs, fearing to suffer some kind of prejudice in the service, even being informed about the anonymity and secrecy due to information. Another aspect refers to the fact that even having the Caps ad the line work based on damage reduction not putting only abstinence in the first place, but the individual condition of each user for his own recovery.

There is also difficulty of the professionals in really incorporating in their actions this model of intervention. In the sample 33,3% presented results that suggested depression, dissatisfaction (16,7%) and in 50,0% of the sample there was no evidence of any kind of depressive symptom. Higher scores were found in the aspects related to feelings of guilty, difficulties in decision-making, depreciation, punishment and cry fits. The findings of this study are worrying considering the high index found for depression and dissatisfaction symptoms that when put together comprise 50,0% of the sample. There are no studies in Brazil to investigate this theme; however when we compare our results with other populations suffering from chronic diseases the proportion is still high. Studies using the same tool showed lower scores such as: the presence of dissatisfaction/depression symptoms in nursing residents (27,9%) (7), caregivers of old people suffering from chronic renal problems (32%) (8) and caregivers of patients suffering of dementia (30,4%).(9) Depression can affect the life quality of the users as well as make the social and family relationship difficult and mainly interfere in the compliance and motivation for the treatment. In this way, we consider that this study shows the viability of using the depression evaluation scale in this population, allowing for more accuracy in the investigation of symptoms and elaboration of the diagnosis, and more effectiveness in the therapeutic follow-up that may result in advantage for the recovery process.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1- Andrade TMR, Argimon II de L. Sintomas depressivos e o uso de substâncias psicoativas durante a vida em adolescentes. Rev. bras.ter. cogn. 2006 jun; 1.2(1):95-104.
- 2- Stella PA de, Maria TAS. Charecteristics of ecstasy users in São Paulo, Brazil. Substance Use & Misuse. 2005 February; 40(3):395-404.
- 3 -Ribeiro MS, Alves MJM, Guirro UB do P, Baldi BG. Alcoolismo: a influência do reconhecimento da co-morbidade na adesão de pacientes ao programa terapêutico. J. bras. psiquiatr. 2004; 53(2):124-132.
- 4- Siqueira MM de, Garcia MLT, Souza RS de. O impacto das faltas às consultas em um programa de dependentes de álcool. J. bras. psiquiatr. 2005 abr.-jun; 54(2):114-119.
- 5- Silva VA da, Aguiar AS de, Felix F, Rebello GP, Andrade RC, Mattos HF. Brazilian study on substance misuse in adolescents: associated factors and adherence to treatment. Rev. bras. Psiquiatr. 2003 set; 25(3):133-138.
- 6- Cutiario RCSD. O padrão de consume de drogas na vida de usuários de álcool e outras drogas atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. [Relatório de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial]. Cuiabá: Faculdade de Enfermagem UFMT; 2005.
- 7- Franco GP, Barros ALBL, Nogueira-Martins LA. Qualidade vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem. 2005 março-abril; 13(2):139-44.
- 8- Belasco A, Barbosa D, Bettencourt AR, Diccini S, Sesso R. Quality of life of family caregivers of elderly patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. 2006 Dez; 48(6):955-63.
- 9- Takahashi M, Tanaka K, Miuaoka H. Depression and associated factors of informal caregivers versus professional caregivers of demented patients. 2005; 59:473-80.

AUTHOR/S:

Soo Hyun Kim, Su Kyung Gu, Young Ho Yun, Chang Geol Lee, Youn Seon Choi, Won Sup Lee, Si-Young Kim, Dae Seog Heo

TITLE:

Validation study of the Korean version of the McGill Quality of Life Questionnaire

TEXT:**Objectives**

Most general measures of health-related quality of life (HRQOL) do not address the specific needs of the terminally ill, nor do they establish psychometric properties in a palliative care setting. The McGill Quality of Life Questionnaire consists of 16 items, and was found to be relevant and acceptable by terminally ill patients receiving palliative care. This study aimed to test the reliability and validity of the Korean version of McGill Quality of Life Questionnaire (MQOL-K) for use with palliative care patients in Korea.

Methods

A cross-sectional multicenter study was carried out among terminal cancer patients from six conventional care facilities in Korea. The original English version of the MQOL questionnaire was translated into Korean, and administered to 140 Korean patients with terminal cancer. Statistical analysis included factor analysis, Pearson's correlation coefficient, multiple linear regression, and the calculation of Cronbach's alpha.

Results

Our results confirmed the suitability of using the 16 questions of the questionnaire clustered into four domains (physical, psychological, existential and support) as in the original version of the MQOL, although the distribution of items among the domains differed somewhat from the original. The MQOL-K demonstrated moderate to high internal consistency (Cronbach's alpha, 0.62–0.90), convergent validity without scaling error, and a good concurrent validity with European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-Core 30, sense of dignity, and general health perception. In addition, we tested the clinical validity of the MQOL-K using a known group comparison to quantify sensitivity. Regression results indicated that the existential and psychological domains had independent effects on the overall quality of life of terminal patients in Korea.

Discussion

Therefore, the MQOL-K is deemed suitable for assessing the quality of life in a Korean palliative care setting.

BIBLIOGRAPHY:

Walsh D. Palliative care: management of the patient with advanced cancer. *Semin Oncol* 1994; 21: 100–6.

Cohen SR, Mount BM, Strobel MG, Bui F. The McGill Quality of Life Questionnaire: a measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability. *Palliat Med* 1995; 9: 207–19

Cohen SR, Mount BM. Living with cancer: "good" days and "bad" days—what produces them? Can the McGill quality of life questionnaire distinguish between them? *Cancer* 2000; 89: 1854–65.

Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993; 85: 365–76.

Mesa de comunicaciones 30 / Concurrent session 30: Género/Salud de la mujer / Gender /Women's health

AUTOR/ES:

Velandia Mora, Manuel Antonio. Universidad de Alicante, Doctorante del Doctorado en Enfermería y Cultura de los cuidados. Fundacion Apoyemonos/ Colombia. Calle Sol Naciente, N° 18, Torre baja, apartamento 1-10. Alicante. C. P 03016. España. vestigadormanuelvelandia@gmail.com

TÍTULO:

Construcciones identitarias femeninas de mujeres trans, la percepción del cuerpo y la salud: casos colombianos.

1.- Objetivos: General. Conocer los procesos de construcción identitaria de hombres que transitan a la feminidad, se identifican a sí mismas como transformistas, transvestis, transexuales y/o mujeres reasignadas, su percepción del cuerpo y los efectos en la salud de dicha transformación, cuando son sujetas de procesos invasivos realizadas por un no profesional de la salud.

Específico: Conocer cómo se construye la identidad de género femenino en hombres que inicialmente tenían una identidad de género masculina; Conocer cuáles son las diferencias conceptuales, vivenciales y emocionales entre ser transvestis, transformista transexual y/o mujeres reasignadas; Investigar cómo las identidades de sexo y genero cambian en el tiempo, a partir de las relaciones sociales y por la inter-influencia, la interrelación y la interdependencia con el medio, la cultura y la sociedad, profundizando en el conflicto cultural, social y relacional que ello genera. Comprender cómo las transformistas, transvestis, transexuales y/o mujeres reasignadas asumen y construyen su cuerpo y el riesgo de dicha asunción para la salud.

2.- Métodos. Investigación cualitativa etnográfica: 4 entrevistas semiestructuradas a profundidad una con una transformista, otra con una transvesti, una más con una transexual y una ultima con una mujer reasignada; tres grupos de discusión: el primero con 3 transformistas y 4 transvestis, el segundo con 3 transvestis y 4 transexuales, y el tercero con cinco transexuales y dos transvestis; y observación de campo. A las personas, una a una, se les informa que en los informes escritos en ningún caso serán identificadas por sus nombres o rasgos que puedan ser identificatorios; que todos los diálogos serán grabados en audio, que solamente serán escuchados por el investigador, que los casetes serán borrados y los audio regrabados en versión digital y guardados con clave para que nadie diferente al investigador pueda escucharlos, se les presenta una muestra de informe de una investigación similar, para que ellas observen por sí mismas cómo se presenta la información; antes de ser difundido públicamente cualquier contenido, los resultados de la investigación serán conocidos por ellas. Quienes aceptan estos parámetros participan como informantes. Tres personas no aceptaron las normas propuestas y se negaron a participar. Las informantes fueron 23 personas que se identifican a sí mismas como transformistas (4), transvestis (7), transexuales (9) y/o mujeres reasignadas (3). Residentes en Bogotá, Colombia. Con edades entre los 16 y los 50 años.

3.- Resultados. Las transvestis y transformistas tienen identidad femenina, las primeras la vivencian de forma permanente, las segundas lo hacen por momentos, aun cuando esta identidad ocupa cada vez más periodos de su existencia; Según el concepto trabajado por Wade la identidad se entiende como "la idea y la sensación de seguir siendo lo mismo a través del tiempo". se consideran, quieren y buscan se tratadas como mujeres, pero a diferencia de las transexuales no quieren dejar de tener su pene. Las transformistas y las transvestis, en su ejercicio genital, ya sea laboral (trabajo sexual), de pareja establecida o relación ocasional, incluyen generalmente la penetración a otros hombres como una forma de obtener o proveer placer, sin que esto afecte la vivencia que tienen de sí mismas como femeninas, experimentando así la "trasgresión" de las relaciones de poder tradicionalmente establecidas entre quien penetra (supuestamente el macho) y quien recibe la penetración (supuestamente la mujer). Velandia afirma que "El "deber ser" de la sexualidad no incluye a las personas consideradas marginales por razón de su sexualidad, en especial a quienes vivencian y construyen relatos sobre su cuerpo, la percepción de sí mismas y sus relaciones con una singularidad específica". Las transformistas no se realizan ningún tipo de procedimiento invasivo, pero al igual que las transvestis se forman la cintura con tinta autoadhesiva o esparadrappo, material con el que también se fijan el pene al perineo. Se depilan continuamente todo el cuerpo con cera y para evitar "perdida de tiempo", lo hacen en cada ocasión en grandes porciones de piel, incluyendo la de la cara.

El desprendimiento de estos productos produce dolor, irritación permanente, quemaduras, daño en el tejido del pene, el perineo, la cara y el cuerpo en general. Todas las transvestis y transexuales se hormonizan por automedicación y con el apoyo de alguna amiga igualmente transvesti o transexual, a quien llaman "madrina de hormonas" y que previamente ha realizado igual proceso; las hormonas, que consiguen de manera ilegal, son las utilizadas para tratamientos de anticoncepción; también utilizan dosis de esteroides sexuales femeninos para inducir el desarrollo de características sexuales femeninas. La gran mayoría inició dicho proceso entre los 12 y los 15 años. En la medida en que avanza su proceso de hormonización, la "libido" o deseo sexual disminuye paulatinamente, las erecciones se vuelven infrecuentes y con el paso del tiempo imposibles. Después de 6 meses y ante la falta de "uso", tanto el pene como los testículos se atrofian dando la impresión de ser cada vez "más pequeños", apareciendo impotencia y esterilidad. El desarrollo de los senos se inicia con una notoria sensibilidad en los pezones, su contacto produce cierto dolor y reaccionan ante cualquier estímulo; a los dos meses en promedio aparece un pequeño abultamiento en el seno, la areola se agranda y toma un color encarnado que se oscurece con el paso del tiempo, algunas reportan producción espontánea de leche lo que les demuestra "que ya son mujeres de verdad". En algunos casos se inyectan hormonas para engorde del ganado vacuno, la más común de nombre comercial "Vacanol", su efecto se describe como "engrosamiento marcado de las caderas". Se hacen ellas mismas o reciben de sus iguales "operaciones" en las que se infiltran aceite de cocina, generalmente prefieren el de girasol al que se ha tratado para que sea incoloro, "porque es más puro y produce menos daño"; las mayores de 35 años, todas se infiltraron aceite mineral. Recientemente utilizan silicona líquida comprada ilegalmente a un cirujano plástico en Venezuela. Con los aceites y silicona "simulan implantes" con los que dan formas femeninas a su cuerpo; las infiltraciones se realizan en caderas, pechos, piernas y tobillos, ya que, como afirma una de ellas "se es femenina si se tiene tobillo de monja"; hacerse los tobillos se puso de moda porque una de las chicas les explico que los tobillos de las mujeres eran diferentes que los de los hombres, ella fue la primera en hacerlo "y las demás no quisimos ser menos femeninas que ellas, así que casi todas nos lo hicimos, ahora las chicas de otras ciudades se los hacen también"; Según F. Barth, citado por Agier, los procesos identitarios no existen fuera de contexto, se realizan a partir de retos precisos que están en juego y pueden ser verificados a nivel local. Los retos son parte de la identidad y son fundamento de redes. La identidad es lo que se pone en relación. Una transexual pidió a su cirujano plástico que le pusiera implantes a lado y lado de sus muslos para tener "pistoleras" porque "ello me hacia ver más femenina, pude despertar la envidia de mis amigas al poder contarle que yo era tan femenina, que me quité lo mas feo que tiene una mujer". No suelen tener seguimiento de un endocrino, refieren nunca haber hablado con una enfermera, porque se sienten rechazadas o temen serlo. Refieren "sentir la menstruación" y el temor a "quedar embarazadas". Algunas de ellas se han cortado los testículos "porque eso hace que la piel se ponga mas suave"; "yo me volví cirujana después de que un medico me dejo ver algunas operaciones, aprendí a recortar los testículos y a poner la silicona líquida". Al interrogar a una sobre si tenía miedo de que otra chica que no era una profesional de la medicina le inyectara la silicona líquida, sabiendo que ya habían muerto dos compañeras de la zona de prostitución, ella respondió "ellas eran de mala, yo sé que ami no me va a pasar nada", una semana después se realizó el procedimiento tal y como lo había planeado. Vivencian y construyen relatos sobre su cuerpo, su salud, sus relaciones y la percepción de sí mismas, con una singularidad tal, que al tratar de identificárseles socialmente se les excluye porque su movilidad identitaria de género no se concibe desde el discurso lineal positivista como una posibilidad de, en y para la sexualidad. Sus experiencias trascienden las construcciones teóricas de especialistas de la salud, que pretenden ser interpretativas de las sexualidades y las identidades desde un esquema mecánicamente predeterminado, fijo y lineal. Velandia considera que "La identidad puede entenderse como la emergencia de una construcción, no siempre consciente, que afecta los procesos de socialización del sujeto; para este autor la identidad emerge de la vida cotidiana, mas específicamente de la educación (formal y no formal) que provee a la personas los referentes del "deber ser" de la identidad, dichos referentes están basados en la cultura, son propios de una sociedad y tiempo determinados, y están afectados por los procesos de interrelación e interdependencia del individuo".

4.- Discusión: Su situación identitaria origina en el equipo de salud conflictos con relación a la feminización de sus comportamientos, vestido, accesorios y en especial, con su vivencia del cuerpo y la ruptura que representa el ejercicio de su genitalidad. Ello genera estigma, discriminación, separación social, aislamiento y otras formas de violencia que llegan inclusive hasta la negación de la asistencia. Se hacen necesarios elementos conceptuales que permitan entender identidades experimentadas en formas más complejas y que a su vez posibiliten acoger variaciones en las construcciones, manifestaciones y vivencias de los géneros y la salud. Las personas transgéneros acompañan el rol de género optado con los accesorios, vestidos y maquillajes (cuando ello se considera culturalmente necesario) propios del género al que han “transitado”. Se les denomina “transformistas” a los hombres que asumen por momentos los accesorios, vestidos y maquillajes propios del género femenino pero que éste lo hacen como parte de una actividad artística. A los hombres que asumen por momentos o permanentemente los accesorios, vestidos y maquillajes propios del género femenino pero que éste no es su género por opción, y esto es una expresión comportamental sexual que les produce placer y en consecuencia lo asumen como parte de su identidad sexual se les denomina “transvestis”. Una mujer transexual es aquella persona que pertenece psíquicamente al género femenino como su género optado, a pesar de haber nacido con anatomía de hombre. Una persona transexual no desea los caracteres del sexo con el que ha nacido sino que le apetece un cuerpo que sea acorde con su género optado. Se es transexual así la persona quirúrgicamente, con aplicación de hormonas y/o con trucos o rellenos, transforme o no su cuerpo, para aproximarlos al cuerpo deseado. Reconocerse único e irrepetible es supremamente importante en la construcción y reconocimiento de la identidad sexual particular pero reconocer-se miembro de una comunidad es supremamente importante para la transformación social, cultural y política y el reconocimiento social de nuestras identidades. Los profesionales de la salud deben reconocer la identidad de sus usuarios, sin olvidar que el reconocimiento implica re-conocer al otro en su particularidad y unicidad y en aquellos elementos identitarios en los que confluyamos y nos separamos, pero también involucra reconocer las construcciones teóricas, vivenciales y emocionales en las que los otros y nosotros mismos nos movemos, como una manera de poder acompañar-se en el proceso de la construcción de la convivencia solidaria y demostrativa que todos/todes/todas buscamos.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Velandia Mora, Manuel Antonio. Identidades sexuales móviles. El derecho a estar siendo o la posibilidad emocional, teórica y experiencial de comprender las masculinidades en las Minorías Sexuales En Saberes, culturas y derechos sexuales en Colombia. Tercer mundo editores/ Centro Latinoamericano de sexualidad y derechos humanos CLAM/ Centro de Estudios sociales CES/ Instituto de Medicina Social Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2006: 295:320
2. Velandia Mora, Manuel Antonio. Los, las, les seres. En Bioética y Sexualidad. Colección Bios y Ethos. Ediciones el Bosque, Bogotá 2005: 23:163-182.
3. Asier, Michel. La antropología de las identidades en las tensiones contemporáneas, en Revista Colombiana de Antropología. Bogota. 2000: 36: 6-19.
4. Obra citada.

AUTOR/ES:

Lima Serrano Marta, Lima Rodríguez Joaquín Salvador, Sáez Bueno África.

TÍTULO:

Techos de Cristal en el Distrito Sanitario Sevilla Sur. Una aproximación al estudio de las discriminaciones de género.

TEXTO DEL TRABAJO:

Partimos de la concepción del Género como categoría de análisis sobre la que además se puede intervenir para construir una sociedad verdaderamente paritaria y participativa, donde mujeres y hombres cuenten con las mismas oportunidades de desarrollo personal. El género nos permite visibilizar las desigualdades sociales (representación, presencia, reconocimiento) y definir las posibilidades de participación social de mujeres y hombres

Estamos hablando de una construcción social a partir de la cual se establecen diferencias entre hombres y mujeres, en función de aspectos como el lenguaje, la presentación, la orientación hacia determinados roles, los códigos culturales, la ocupación del espacio, las expectativas, la disponibilidad del tiempo, que terminan generando desigualdades sociales.

Estas diferencias deberían ser una fuente de enriquecimiento, pero la historia ha dejado constancia de una realidad bien distinta: las mujeres han sido invisibilizadas y relegadas durante siglos a ámbitos privados, mientras que los hombres se otorgaron a sí mismos el dominio de lo público.

Tradicionalmente las mujeres se ha considerado más aptas para actividades relacionadas con el cuidado, la atención a la familia, las tareas domésticas. A pesar de ello, desde hace varias décadas el rol de la mujer en nuestro contexto social está cambiando, en parte por la incorporación masiva de las mujeres al mundo laboral remunerado o la formación académica que en otras épocas se le había negado. Sin embargo, en el caso de mercado laboral, por ejemplo, a la mujer se le sigue dificultando el acceso a los puestos de trabajo de mayor responsabilidad y prestigio que son a su vez los que tienen mejores sueldos.

Para definir esta situación se acuñó en los años ochenta el concepto de techo de cristal, considerado como una superficie invisible, difícil de traspasar, que impide a las mujeres desarrollar una carrera laboral de igual manera que a los hombres. Se considera invisible por el hecho de que no existen leyes ni normas legales que impongan a las mujeres semejante limitación. Son, por tanto, otros otros elementos, con frecuencia difíciles de detectar, relacionados con la construcción social del género, los que se encuentran en la base de dicha limitación y que se traducen en prácticas y maniobras que dan como resultado el que las mujeres sean desestimadas para un cargo o puesto que son ocupados por libre designación frente a la libre concurrencia, lo que se convierte en una forma de desigualdad y discriminación.

Para estudiar este tipo de discriminación se utiliza el concepto de segregación que puede ser de dos tipos: horizontal y vertical. La primera, es decir, la segregación horizontal hace referencia a la existencia de actividades laborales "femeninas", consideradas propias de mujeres, que se caracterizan por ser menos valorada socialmente, peor remuneradas, tener mayores tasas de desempleo, escasa seguridad social, etc. La segregación vertical refleja una situación caracterizada porque en la medida en que se asciende en la jerarquía piramidal, disminuye la presencia de mujeres en puestos de poder y responsabilidad y en consecuencia, en la medida en que se baja aumenta el número de mujeres en los puestos menos valorados por estar subordinados a, ser de menor responsabilidad, poder, etc.

En el contexto de la asistencia sanitaria pública de Andalucía, la Atención Primaria de Salud (APS) se estructura territorialmente en Distritos integrados por zonas básicas de salud (ZBS). Los Distritos constituyen las estructuras organizativas para la planificación, dirección, gestión y cuenta con una serie de cargos directivos unipersonales como la Dirección Gerencia, Dirección de Salud, Dirección de Cuidados de Enfermería y Dirección de Gestión Económica y de Desarrollo Profesional. La ZBS se constituyen en unidades de gestión clínica (UGC), en la que aparecen como cargos intermedios la Dirección de la UGC y la Coordinación de cuidados de enfermería, subordinada a la anterior.

Nuestro estudio se realizó en el Distrito Sanitario Sevilla Sur situado en la provincia de Sevilla, que en 2007 constaba de diecisiete UGC. La fecha de realización fue durante los años 2007-08.

OBJETIVOS

General:

Demostrar la existencia de Techos de Cristal para el acceso a cargos intermedios de médicas y enfermeras del Distrito Sanitario Sevilla Sur.

Específicos:

Identificar la existencia de discriminación por segregación vertical y/o horizontal para las médicas y enfermeras del Distrito Sanitario Sevilla Sur.

Determinar las posibles causas de esta situación.

Identificar dificultades para conciliar la vida laboral y familiar.

Exponer posibles estrategias para evitar que se produzcan techos de cristal en este ámbito laboral.

MÉTODO:

Hemos realizado un estudio explicativo, transversal, con metodología cuantitativa y cualitativa, de la situación real respecto a ocupación de cargos intermedios por las mujeres médicas y enfermeras. Realizamos un grupo de discusión formado por siete mujeres, tres de las cuales eran directivas (una médica y una enfermera directoras de UCG, una enfermera coordinadora de cuidados de enfermería de UGC) y cuatro asistenciales (tres enfermeras y una médica) para indagar sobre los discursos y representaciones acerca de las posibles causas de discriminación laboral, identificar las dificultades para la conciliación laboral y familiar, así como las estrategias de intervención.

RESULTADOS:

En el Distrito sanitario Sevilla Sur trabajan 586 profesionales, distribuidos de la siguiente forma 353 mujeres (60,23%) y el resto 233 son hombres (39,87%)

Del total de mujeres 183 son médicas (51,84%) y 170 enfermeras (48,15%). De los 233 hombres 157 son médicos (67,38%) y 76 enfermeros (32,61%).

Si analizamos esta distribución por categorías profesionales observamos que por cada 1 enfermero existen 2,06 médicos y por cada 1 enfermera 1,07 médicas. En otras palabras el 67,38% de hombres frente al 15,84% de mujeres ocupan categorías altas (medic@). Por otro lado el 32,62% de hombres frente al 48,16% de mujeres ocupan categorías bajas (enfemer@). Lo que refleja una clara segregación horizontal. No olvidemos que tradicionalmente las tareas de cuidar se han considerado propias de mujeres y las de curar propias de hombres.

De los 36 puestos directivos existentes 18 lo ocupan hombres y 18 mujeres, lo que supone una paridad no representativa, a favor de los hombres, que ocupan el 50% de los cargos cuando solo representan el 39,87% del total de profesionales y ocupan el 50% de los cargos directivos. Se observa segregación vertical, en relación al conjunto de puestos de cargos intermedios.

De los 36 puestos directivos 17 son Direcciones de UGC y 19 son Coordinaciones de cuidados de UGC, subordinados y por tanto de menor responsabilidad. Del total de puestos de Dirección el 72,2% están ocupados por hombres y el 27,8 por mujeres. En cambio de los 19 Coordinaciones, a los que sólo pueden acceder enfermer@s el 73,7% lo ocupan mujeres enfermeras y el 26,3% hombres enfermeros. Lo que reafirma la citada segregación vertical, al ascender en la pirámide disminuye la presencia de mujeres y al disminuir en la jerarquía piramidal aumenta.

En el grupo de discusión observamos que las participantes no identificaban en un primer momento la existencia de techos de cristal, lo que refleja una invisibilización de la situación y de haberlo, en ningún caso consideran a la administración pública, en este caso. Cuando encuentran algún tipo de discriminación la explican en base a las diferentes categorías profesionales (segregación horizontal), como expresaba una de las participantes: "aunque sí puede haber el techo, que existe, por parte de la organización no lo veo".../... "yo lo veo por la orientación de la APS, que en la actualidad los objetivos trabajados son del médico y no tanto del enfermero."

Entre los elementos que limitan el acceso de las mujeres a puestos de gestión se hace referencia a la dificultad para conciliar la vida familiar y laboral, o la distribución de roles sociales, expresado de la siguiente forma: "la mujer lleva la casa, la familia y todo y claro yo, es que no te queda tiempo para otra cosa." "Ese techo de cristal yo lo veo en la sociedad, porque bueno, los roles están establecidos así".

Coincidiendo de esta manera en que son las mujeres las que soportan la carga familiar: "Yo por ejemplo creo que tenemos grandes problemas con los horarios, que los tenemos de mañana, o tarde y eso para conciliar la vida familiar con la laboral es un problema. ¿Por qué? Porque los niños necesitan tutoría y como todo eso va a cargo de la mujer. Yo soy una pareja. Mi familia es monoparental y entonces yo me tengo que ocupar absolutamente de todo".

También consideran que algunas mujeres se sientan menos preparadas, inexpertas o faltas de la autoridad que exige un cargo de dirección. Como afirma nuestra informante: "Que a lo mejor la juventud se plantea..., mira pues a mi a lo mejor me gustaría, pero a lo mejor no me siento preparada". Entre las propuestas de intervención encontramos: formación en gestión para las mujeres, flexibilidad horaria, aunque en este caso se observaba una cierta duda en cuanto a la posibilidad de articular esta flexibilidad con las necesidades del servicio, concienciación social, guarderías o albergues, etc. El teletrabajo se ve negativo.

DISCUSIÓN:

En el Distrito Sevilla Sur existen Techos de Cristal, observamos discriminación horizontal y vertical, como demuestra la distribución de categorías profesionales y la ocupación de los cargos de mayor responsabilidad, siendo los hombres los que acceden a los puestos de mayor categoría y responsabilidad en detrimento de las mujeres.

Aunque en un primer momento este queda invisibilizado, cuando finalmente se aprecia no se considera responsable a la administración sino que se justifica desde determinadas situaciones sociales, roles, custodia de los hijos en familias monoparentales o dificultad para conciliar la vida laboral y la familiar, turnos, horarios, organización, etc. El acceso a cargo directivos se ve dificultado por la consideración de que carecen de experiencia, preparación u otras características necesaria para desempeñar estos puestos.

Entre las principales estrategias propuestas para resolver esta situación se apela a la formación en tareas de gestión, flexibilidad horaria, recursos como guarderías u otros servicios que se ocupen de las tareas consideradas propias del género femenino y una mayor concienciación social. En el grupo de discusión no se consideró el teletrabajo como un instrumento adecuado para facilitar la conciliación laboral y familiar, al no considerarlo un método adecuado al trabajo que realizan y además porque limita el acceso a relaciones públicas, al desarrollarse en el ámbito privado.

Finalmente consideramos fundamental visualizar estas discriminaciones con el objeto de desarrollar programas de intervención dirigidos tanto a hombres como mujeres para promover la equidad y la paridad real de los diferentes sectores presentes en nuestra sociedad.

BIBLIOGRAFÍA:

Guil Bozal Ana, Solano Parés Ana, Álvarez Girón Manuela. La situación de las mujeres en las Universidades Públicas Andaluzas. Sevilla: Publicaciones CES-A; 2005.

Burin Mabel. El techo de cristal en la carrera laboral de las mujeres, obstáculos subjetivos y objetivos. México: Cimac, UNAM; 2003.

Valcárcel, Amparo. La política de las mujeres. Madrid: Cátedra de Feminismos. PUV. Instituto de la Mujer; 2004.

Barberá Heredia Ester, Ramos Amparo, Sarrío Maite, Candela Carlos. Más Alla del "Techo de cristal". Diversidad de Género. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Disponible en: www.mtas.es/publica/revista/numeros/40/estudios.pdf.

Decreto 197/2007, de 3 de julio: Estructura, organización y funcionamiento de la APS

Orden de 2 de septiembre de 1985 por al que se aprueba el reglamento general de organización y funcionamiento de los Centros de Atención Primaria.

Colomer Revuelta C., Peiró Pérez R.: ¿Techos de cristal y escaleras resbaladizas? Desigualdades de género y estrategias de cambio en SESPAS. Gac Sanit 2002; 16 (4): 358-60.

Singenerodedudas.com/Archivos/139/el-techo-de-cristal

www.stecyl.es/Mujer/el_de_cristal.htm

Mesa de comunicaciones 31 / Concurrent session 31: Salud mental

AUTOR/ES:

Rios Parrilla, M^a Dolores; Macias gonzalez, Amalia; González Serrano, Virginia; Cano Lérida, Cristina; Díaz Mora, Manuel; Fernández carpintero, Encarnación.

TÍTULO:

Resultados preliminares de un proyecto de estrategia de continuidad de cuidados en la adherencia al tratamiento en el trastorno mental g

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción

La adherencia al tratamiento constituye un problema de gran relevancia en pacientes diagnosticados con Trastorno Mental Grave (TMG), tanto por las características del TMG (alta prevalencia, tendencia a la cronicidad, impacto familiar y social etc.) como por las bajas cifras de adherencia al tratamiento registradas en este tipo de pacientes. Según datos de la OMS [1], entre un 40% y un 70% de los enfermos mentales crónicos no se adhieren al tratamiento, tasa aún mayor en pacientes esquizofrénicos en los cuales se sitúa en torno al 70% u 80%. Bobes [2] plantea un concepto de cumplimiento terapéutico que supera al de adherencia al tratamiento y lo define como el seguimiento por parte del paciente de las siguientes conductas: a) iniciar y continuar un tratamiento; b) tomar correctamente la medicación prescrita; c) incorporar y mantener en el estilo de vida los cambios recomendados; d) evitar conductas de riesgos para la salud; e) acudir a citas médicas y f) realizar correctamente el régimen terapéutico en el domicilio. Por lo tanto, el abandono del seguimiento por parte del paciente, de cualquiera de las conductas que se incluyen en el concepto de cumplimiento se denomina incumplimiento terapéutico y ha sido etiquetado también como falta de adherencia.

Entre las consecuencias negativas derivadas del incumplimiento terapéutico en pacientes con TMG se encuentran el aumento de los reingresos hospitalarios, escasa efectividad en los tratamientos, alteraciones en la dinámica familiar, aumento del gasto sanitario, farmacéutico y social, e imposibilidad de abordar psicosocialmente los síntomas de la enfermedad [1]. En la literatura también se han identificado una serie de factores asociados a la no adherencia, de los que destacan: a) la falta de redes de apoyo social efectivos, b) baja conciencia de enfermedad, c) comorbilidad por abuso de sustancias, d) presencia de síntomas positivos de la esquizofrenia, e) presencia de disfunciones cognitivas, f) presencia de efectos secundarios g) falta de seguimiento e intervenciones específicas para aumentar la adherencia por parte del personal sanitario [1,3,4,5,6]. Por ello, lograr la adherencia al tratamiento debe constituir un reto para los profesionales de enfermería. En este sentido, la importancia de la coordinación interniveles para conseguir un mejor seguimiento del paciente con TMG es incuestionable, tal como los demuestran recomendaciones de sociedades científicas y políticas sanitarias. En nuestro contexto, el Plan Integral de Salud Mental del Sistema Sanitario Público Andaluz de 2003[7], recomienda poner en marcha estrategias de continuidad de cuidados encaminadas a fomentar la adherencia al tratamiento, utilizando las taxonomías de enfermería NANDA [5,8].

En la línea de afrontar este reto se diseña este estudio, cuyo objetivo es evaluar la efectividad de una estrategia de continuidad de cuidados en la adherencia al tratamiento de los pacientes con TMG. En esta comunicación presentamos los resultados de los pacientes incluidos en el grupo experimental, al no haber finalizado la recogida de datos de los pacientes del grupo control.

Diseño: Estudio cuasi-experimental, mixto, prospectivo, de medidas repetidas.

Sujetos: se incluyeron 34 pacientes diagnosticados de TMG en el grupo experimental, procedentes de la Unidad de Hospitalización de San Lázaro y 31 en el grupo control de la unidad de hospitalización de Virgen Macarena. Fueron seleccionados mediante muestreo intencional consecutivo, aquellos que reunían los siguientes criterios de inclusión: presentar diagnóstico de Trastorno Mental Grave, tener entre 18 y 55 años, pertenecer a los equipos de Salud Mental de Mairena del Aljarafe (zona rural), y Oriente (zona urbana) en el caso del grupo experimental y a los equipos de salud mental Macarena Centro (zona urbana) y San José de la Rinconada (zona rural) en el grupo control.

VARIABLES:

Descripción de la variable independiente Estrategia de Continuidad de Cuidados: se inicia cuando se produce el ingreso del paciente en la unidad hospitalaria. En ese momento, se le realiza una Valoración Inicial en la que se identifican los diagnósticos de enfermería relacionados con los problemas que presenta el paciente usando la taxonomía NANDA. Se les pasa el Inventario de Actitudes hacia la Medicación -DAI- que sirve de apoyo para la planificación de la continuidad de cuidados al alta. Durante el ingreso se comienzan las intervenciones de enfermería en el diagnóstico de "Manejo inefectivo del régimen terapéutico", con el paciente y la familia. Además, las enfermeras de la unidad de hospitalización mantienen reuniones con las del equipo de salud mental, tanto durante el ingreso como en el momento del alta del paciente, con el objetivo de planificar conjuntamente la continuidad de cuidados en el centro de salud en los problemas identificados en el paciente. Al alta, se hace entrega del informe de continuidad de cuidados al paciente, y/o familia, y a la enfermera del centro de salud mental. El seguimiento tras el alta, se realiza durante un año a través de las citas de los pacientes al centro de salud mental o visitas domiciliarias de la enfermera cuando es necesario. El cuidador familiar dispone de contacto telefónico con las enfermeras de ambos niveles asistenciales para solicitud de asesoramiento antes las dudas que les puedan surgir.

VARIABLES DEPENDIENTES:

- Adherencia al tratamiento (cumplir correctamente el tratamiento farmacológico prescrito por el médico).
- Adherencia al equipo de salud mental (asistir a las citas programadas médicas y de enfermería)
- Tasa de recaídas que requieren ingreso hospitalario

VARIABLES DE CONTROL:

Funcionamiento social, medido a través de la Escala de Funcionamiento Social (SFS) [9] al ingreso, a los 3 meses y al año del alta

Actitud hacia la medicación, medida a través de la escala de actitudes hacia la medicación (DAI)[10] al ingreso, a los 3 meses, a los 6 y al año.

Consumo de alcohol; consumo de otros tóxicos; presencia de efectos secundarios, años de evolución de la enfermedad, conciencia de enfermedad, embarazo, tipo de medicación antipsicótica, tipo de administración del tratamiento, presencia de otras enfermedades, género, edad, nivel educativo, estado civil, y estatus de empleo.

Recogida de datos: se utilizaron los registros de valoración inicial, de continuidad de Cuidados, H^a clínicas de los centros de salud mental, H^a clínicas de la unidad de hospitalización y escalas específicas (DAI y SFS). Las mediciones de las variables dependientes se realizaron a los tres meses, seis meses y un año después del alta, tanto en el grupo control como en el experimental.

Análisis de los datos: Se realizó un análisis descriptivo y univariado de las variables en estudio con el paquete estadístico SPSS versión 12.0.

RESULTADOS:

Descripción de la muestra: el 50% de los sujetos de la muestra son mujeres, con una media de edad de 35.58 años (DT = 8.65); de años de evolución de la enfermedad de 11.94 (DT = 9.26); el 69.4% son solteros, un 11,1% casados y divorciados y 8.3% casados; el 47.2 son pensionistas, seguido de un 38.9 que están parados y el resto en activo; el 62.9% tienen estudios primarios, seguido del 28.6 que tiene secundarios, el 5.6% superiores y el resto sin estudios.

Mediciones al ingreso: el 31.4% no tiene conciencia de enfermedad; el 14.3% consume alcohol y el 22% otros tóxicos; el 20.6% presenta efectos secundarios de la medicación; en cuanto al funcionamiento social, el 29.2% presenta un nivel inferior, el 45.8% medio y el 25% superior; la media de puntuación obtenida en el DAI es de 17 (DT = 2.84).

Descripción del seguimiento: en relación con la adherencia a las citas del equipo de salud mental, al mes acude el 87.5% de los sujetos; al tercer mes el 96.7%; al sexto mes, el 88% y al año el 93.8%. En cuanto al tratamiento, al mes el 93.8% lo realiza correctamente; a los tres meses el 96.7%, a los seis meses el 83.3% y al año el 81.3%. En relación con las recaídas el 71.9% no ha sufrido ninguna durante el seguimiento. De las mediciones de las variables control tenemos que destacar que presenta efectos secundarios el 23.3% al mes; el 28% a los tres meses; el 30% a los seis meses y el 12.5% al año. En relación con el funcionamiento social, a los tres meses, el 53.6% tiene un nivel inferior, el 32.1% medio y el resto superior; al año el 23.5% tiene un funcionamiento inferior, el 41.2% medio y el 35.3% superior.

Por último, las mediciones de la actitud hacia la medicación son muy similares en los tres momentos del seguimiento, alcanzan una media alrededor de 17.33 (DT = 2.01).

En el análisis univariado, encontramos una relación estadísticamente significativa entre acudir a las citas y el estado civil, el empleo y el nivel educativo, de manera que los sujetos divorciados, activos laboralmente y con estudios superiores son los que acuden menos.

Discusión: A la vista de los resultados preliminares se puede concluir que los pacientes que se incluyen en la estrategia de continuidad de cuidados presentan unas tasas de adherencia superiores a las registradas en la literatura. Así, realizan menos conductas de riesgo, acuden a las citas, y siguen el tratamiento prescrito en una proporción mayor que las tasas de poblaciones similares. No obstante, es necesario comparar con los datos obtenidos del grupo control para determinar la eficacia de la estrategia de continuidad de cuidados. Consideramos que este aumento en la adherencia supondrá una mejora del sistema sanitario y sus profesionales, donde esperamos una disminución de los costes, agilización de los servicios, mayor conocimiento del paciente, y una mejor coordinación interniveles. A nivel del paciente, la principal consecuencia del mejor cumplimiento consiste en un mejor estado de salud en general y por tanto un menor número de recaídas, así como una mejor adaptación social y familiar. Estos resultados justifican la puesta en marcha de estrategias de continuidad de cuidados así como la utilización de las taxonomías NANDA como base del plan de seguimiento.

Finalmente añadir que consideramos importante que estos hallazgos se inserten en un plan de formación que dote a los profesionales de herramientas capaces de fomentar la adherencia.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1-OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: OMS, 2004.
- 2-Bobes García, J; Bousoño García, MI; González García-Portilla, M P; Sainz Martínez PA. Diagnósticos de Enfermería. Barcelona: Doyma, 2000, 413-418.
- 3-Pacheco Borrella, G. La adherencia en otras modalidades terapéuticas en salud mental. Presencia, 2007; 3(5).
- 4-Olfson, M., Mechanic, D., Hansell, S., Boyer, C.A., Walkup, J, Weiden, P.J. .Predicting medication non-compliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. Psychiatric Services. 2000; 51 (2), 216-222.
- 5-Lloyd,A., Horan, W., Borgaro, S.R., Store, J.M., Pogge, D.L., & Harvey, P.D. Predictors of medication compliance after
- 6-Weiss, K.A., Smith, T.E., Hull, J.W., Piper; A.C.,& Huppert, J.D. . Preditors of risk of nonadherence in outpatients with schizophrenia and other psychotic disorders. Schizophrenia bulletin. 2002; 28 (2), 341-349.
- 7- Plan Integral de Salud Mental de Andalucía, 2003-2007, Junta de Andalucía; Consejería de Salud. Sevilla: Consejería de Salud, 2007.
- 8-NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definición y Clasificación, 2003-2004.
- 9- Vazquez A.J., Jimenez R, Social Functioning Scale: new contributions concerning its psychometric characteristics in a Spanish adaptation. Psychiatric Research 2000, 93, 247-256.
- 10-Hogan T P, Eastwood R A. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics reliability and discriminative validity. Psychol Med, 1983; 13: 177-183.

AUTOR/ES:

Roldán Merino J F, Royo Arán M^a D, Miguel Ruiz D y Quilez Jovez J

TÍTULO:

Cargas de trabajo y tensión laboral en el personal de enfermería de una red de servicios orientada al tto. de los problemas mentales.

TEXTO DEL TRABAJO:**INTRODUCCIÓN:**

Uno de los riesgos laborales a los que se encuentra expuesto el personal de enfermería es el riesgo psicosocial. Diversos estudios han mostrado que uno de los factores más importantes generadores de estrés son los factores relacionados con la organización del trabajo, y entre ellos la tensión laboral. En un estudio realizado en una muestra representativa de personal de enfermería de la Comunidad Valenciana, el primer factor laboral estresante percibido por los trabajadores fue la mala organización del hospital y/o servicio, seguido por la sobrecarga de trabajo, falta de personal (todos ellos factores de organización del trabajo), y en último lugar el contacto con el sufrimiento y la muerte. Al inicio de la década de los ochenta, R. Karasek propuso el modelo "demanda-control" como explicativo del estrés ocupacional. Este modelo incluye dos dimensiones: las demandas del trabajo y el control sobre éstas. Las demandas de trabajo vendrían determinadas por las exigencias que suponen para el trabajador y son de naturaleza física (esfuerzo físico, trabajo muscular, postura de trabajo) y psicológica (ritmo, nivel de atención y concentración; responsabilidad). El concepto de control hace referencia al conjunto de recursos que el trabajador tiene que hacer frente a estas demandas del trabajo, e incluye tanto su nivel de formación y habilidades, como su grado de autonomía y de participación en la toma de decisiones sobre aquellos aspectos que afectan a su trabajo.

Se han publicado diversos estudios que muestran una asociación negativa entre tensión laboral y la salud en la población general. La alta tensión siguiendo el modelo demanda - control se ha asociado a enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo y también con la calidad de vida. A nivel del personal de enfermería en España se han realizado también diversos estudios relacionando la tensión laboral con la insatisfacción laboral y los trastornos psicosomáticos. Otros han analizado factores de la organización del trabajo con el bienestar psicológico, los horarios laborales y el estrés y las relaciones profesionales, cargas de trabajo y recursos con la insatisfacción laboral.

Objetivo General:

Analizar la influencia de la tensión laboral con los trastornos psicológicos relacionados con el estrés en el personal de enfermería (diplomado y auxiliar) de un hospital de Barcelona, independientemente de otros aspectos del entorno laboral y extralaboral.

Objetivos específicos:

Conocer las características de la organización del trabajo del personal de enfermería (demandas del trabajo, tensión laboral y apoyo social).

Analizar la relación entre las características de organización del trabajo del personal de enfermería con otros factores laborales y extralaborales.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño del estudio: Estudio transversal realizado mediante un cuestionario autocontestado en el personal de enfermería del Hospital.

Lugar de estudio: El estudio se ha realizado en una red de servicios orientada al tratamiento de los problemas mentales, a la atención socio-sanitaria y a los disminuidos psíquicos en un territorio de referencia. Los servicios de hospitalización y residenciales se dividen en tres grandes áreas de trabajo: Unidad de Psiquiatría y Unidades Residenciales para Disminuidos Psíquicos y Unidad de larga estancia Psicogeriátrica. Esta red se encuentra ubicada en el centro de la provincia de Barcelona.

Periodo de estudio: El estudio se ha realizado entre los meses de mayo y junio de 2007.

Población de estudio: han sido los profesionales de enfermería que componen la plantilla de hospitalización.

Fuente de información: La recogida de datos se ha realizado mediante un cuestionario autocontestado diseñado específicamente para este estudio. El cuestionario fue totalmente anónimo y confidencial. Constaba de tres partes: 1. características sociodemográficas y la satisfacción con el tiempo libre; 2. características de la organización del trabajo (cuestionario de Karasek) y; 3. presencia de sintomatología relacionada con el estrés.

Variables:

Dependientes: Sintomatología relacionada con el estrés: se midieron a través de una lista de frecuencia de aparición en las 4 últimas semanas de 8 síntomas. Se escogieron estos síntomas que ya se habían utilizado en otro estudio similar. Estos síntomas se pueden clasificar en 2 grupos: los de tipo ansioso (desánimo, ansiedad, nerviosismo, fatiga y dificultad para la relajación) y los de tipo somático (problemas respiratorios, sensación de falta de aire, sensación de opresión en el pecho).

Independientes: Características de la organización del trabajo, para medir estas variables se ha utilizado el cuestionario de "Contenido del trabajo" (Job Content) de Karasek, que incluye tres dimensiones: 1. Demandas psicológicas y físicas (14 preguntas); 2. Control sobre el trabajo (9 preguntas) y 3. Apoyo social de los superiores y compañeros (11 preguntas). Para cada individuo se le asignó la media de puntuación obtenida en cada dimensión (mínimo 1, máximo 4). Posteriormente se construyó la variable tensión laboral siguiendo el modelo de dividir a la población en cuadrantes según la tensión laboral (Grupo 0: Baja demanda-Alto control: Baja tensión; Grupo 1: Baja demanda-Bajo control: trabajos pasivos; Grupo 2: Alta demanda-Alto control: trabajos activos y Grupo 3: Alta demanda-Bajo control: Alta tensión).

Otras variables: (edad, sexo, unidad de trabajo, turno de trabajo, categoría profesional, años de trabajo, situación laboral, convivencia con hijos, satisfacción con el tiempo libre,...).

Análisis estadístico:

Se ha realizado un análisis univariado utilizando el test de Chi cuadrado para las variables cualitativas y la prueba de U de Mann-Whitney o el análisis de la varianza para las variables cuantitativas. Se ha aplicado una regresión logística multivariante para analizar la presencia de sintomatología con la tensión laboral y otros factores laborales y extralaborales.

Resultados:

Se recogieron 134 cuestionarios (tasa de respuesta del 81%). La edad media de los trabajadores fue de 31 años (DE de 8,2) con un predominio de hombres (60,7%). El 22,5% eran diplomados en enfermería y el 77,5% auxiliares de enfermería. La mayoría trabajaban con contrato indefinido y los años medios de trabajo en el hospital fueron de 6,8 años (DE de 5,5). Un 43,8% de los trabajadores que contestaron convivían con hijos y el 89,9% se declaró como satisfecho o muy satisfecho con el tiempo libre.

La prevalencia de síntomas de tipo ansioso fue más alta que las de tipo somático. Los síntomas más frecuentes declarados fueron la fatiga (41,5%), el nerviosismo (30,3%) y la falta de relajación (30,3%).

La media de puntuación total de las demandas del trabajo fue de 2,56 (DE de 0,37). En las demandas físicas la media de puntuación fue de 2,42 y en las psicológicas de 2,64. La media de puntuación del apoyo social de los compañeros fue de 3,3 (DE de 0,5) y la del apoyo de los superiores de 2,9 (DE de 0,6). Estas escalas iban de 1 a 4 representando a mayor puntuación mayor demanda y mayor declaración de apoyo.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la tensión laboral ni con la edad ni con el sexo, aunque los trabajadores con alta tensión eran los que tenían una menor edad media. Respecto a las características laborales, los trabajadores de la Unidad de Psiquiatría tenían predominantemente trabajos de baja tensión con respecto a las otras Unidades (Disminuidos y Psicogeriatría) aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Tampoco se encontraron diferencias significativas según los años de trabajo en el hospital, aunque los trabajadores con alta tensión eran los que llevaban menos años trabajando en el hospital. No se encontró relación entre el apoyo de los compañeros y la tensión laboral, aunque sí con el apoyo de los superiores $p=0,001$. También se encontró relación con la satisfacción con el tiempo libre $p=0,04$, en el sentido de que los más insatisfechos presentaban trabajos activos o de alta tensión. Se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística para analizar los factores relacionados con la sintomatología psicológica relacionada con el estrés. Además de la tensión laboral se introdujeron en el modelo las variables con un nivel de significación en el análisis univariante inferior a 0,10 (apoyo de los superiores, satisfacción con el tiempo libre), y las variables que se consideraron relevantes como la edad, el sexo y la categoría profesional. La presencia de síntomas psicológicos

relacionados con el estrés fué más frecuente en los trabajadores con alta tensión y en los que presentaban un menor apoyo de los superiores, aunque las diferencias no fueron significativas.

LIMITACIONES: Aunque la tasa de respuesta no ha sido baja, puede influir en los resultados, si los que han contestado han sido los que presentaban menor sintomatología psiquiátrica o con trabajos de baja tensión. Otra limitación puede ser debida a la baja potencia del estudio, relacionado con el tamaño de la muestra, para detectar diferencias significativas en el análisis multivariante. Por otro lado hay que tener en cuenta las limitaciones propias de los estudios transversales, no pudiendo establecer una relación causal directa entre la tensión laboral y la presencia de simtomatología. Por último, también comentar que pueden existir otros factores extralaborales que no se han recogido en el estudio y que pueden tener también influencia en las relaciones analizadas.

CONCLUSIONES:

1. La tensión laboral en el personal de enfermería se encuentra asociada a la presencia de síntomas psicológicos relacionados con el estrés de forma independiente. Existe mayor sintomatología en trabajadores con otrabajos de alta tensión.
2. El apoyo de los superiores es un factor importante que influye tanto en la tensión laboral de los trabajadores como en la sintomatología psicológica.
3. Existe mayor tensión laboral en los trabajadores jóvenes y con menos años de trabajo en el hospital.
4. Existen diferencias en tensión laboral entre las unidades de trabajo, destacando una menor tensión en la unidad de Psiquiatría.
5. Las cargas o demandas de trabajo son distintas también entre las unidades del hospital. En la unidad sociosanitaria existe mayor demanda física respecto a las otras dos.
6. En la prevención del riesgo psicosocial en los profesionales de enfermería se ha de incidir en la organización del trabajo: cargas de trabajo, el control sobre éstas, fomentar el apoyo de los superiores y las relaciones entre los trabajadores.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Gestal Otero JJ. Riesgos del trabajo del personal Sanitario. Madrid: Interamericana - McGraw-Hill, 1993. 2ª edición.
2. Selye H. Le stress de la vie: le problème de l'adaptation. Ottawa: Gallimard/Lacombe, 1975.
3. López Rodrigo, M. Estrés de los profesionales de enfermería, ¿Sobre qué o quién repercute?. Revista ROL Enfermería 1995;201:65-68.
4. Escribà V, Más R, Cárdenas M. Burguete D, Fernandez R. Estresores laborales y bienestar psicológico: impacto en la enfermería hospitalaria. Revista ROL Enfermería 2000;23:506-511
5. Karasek RA. Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. ADm Sci Q 1979;24:285-307.
6. Johnson JV, Hall E. Job strain, Work place social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish Working population. AM J Public Health 1988;78:1336-1342.
7. Karasek RA, Theorell T, Schwartz JE, Schnall PL, Pieper CF, Michela JL. Job characteristics in relation to the prevalence of myocardial infarction in the US Health Examination Survey (HES) and the health Nutrition Examination Survey (HANES). Am J Public Health 1988;78:910-918.
8. Lerner DJ, Levine S, Malpeis S, D'Agostino R. Job strain and health-related quality of life in a national sample. Am J Public Health 1994; 84:1580-1585.
9. Artazcoz L, Cru JL, Moncada S, Sánchez A. Estrés y tensión laboral en enfermería y auxiliares de clínica de hospital. Gaceta Sanitaria 1996; 10:282-292.
10. Escribà V. Horarios de Trabajo: repercusiones sobre la salud. Rev Rol de Enf 1992; 169:61-66.

AUTOR/ES:

Tapia-Casellas C, Giráldez M, Fraguas D, Merchán-Naranjo J, Parellada M, Arango C.

TÍTULO:

Alteraciones bioquímicas en niños y adolescentes tratados con antipsicóticos de segunda generación

TEXTO DEL TRABAJO:**INTRODUCCIÓN**

Hoy en día es común prescribir antipsicóticos de segunda generación para el tratamiento de alteraciones psiquiátricas en niños y adolescentes. (1)

Su uso se recomienda ya que tienen menor riesgo de producir síntomas extrapiramidales y disquinesia tardía que los antipsicóticos de primera generación (2), en cambio el mayor uso de estos antipsicóticos en los últimos años se ha asociado a trastornos metabólicos de importancia, como aumento del peso, hiperglucemia, dislipidemia o hiperprolactinemia (3). En particular, estos efectos son preocupantes porque elevan sustancialmente el riesgo cardiovascular.

En este sentido, la preocupación por la ganancia de peso y los problemas cardiovasculares en los pacientes tratados con antipsicóticos de segunda generación se ha centrado en niños y adolescentes, principalmente desde que varios estudios sugirieron que el riesgo cardiovascular y la ganancia de peso podrían ser mayores en población pediátrica que en adultos. (4) (5)

OBJETIVO

Evaluar los cambios metabólicos y bioquímicos, potencialmente asociados a un aumento del riesgo cardiovascular, que se producen en niños y adolescentes naive (sin ningún contacto previo con antipsicóticos) o quasi-naive (menos de 30 días de tratamiento con antipsicóticos) tras 6 meses de tratamiento con 3 de los más comunes antipsicóticos de segunda generación que se prescriben en nuestro contexto: risperidona, olanzapina o quetiapina.

MÉTODO

Este estudio longitudinal naturalístico se realizó en la Unidad de Adolescentes del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid. La muestra la constituyeron 66 niños y adolescentes (44 varones (66.7%), 22 mujeres (33.3%); edad media de 15.2 años) tratados durante 6 meses con risperidona (n=22), olanzapina (n=20) o quetiapina (n=24). Los pacientes a los que se les prescribió más de un antipsicótico o necesitaron cambiar de tratamiento durante su seguimiento fueron excluidos del estudio. Los pacientes tratados con antidepresivos, anticolinérgicos o benzodiazepinas de forma concomitante se incluyeron en el estudio.

Se realizaron analíticas sanguíneas en la visita basal y a los 6 meses, de las cuales analizamos los siguientes parámetros: glucosa, colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL, T4 libre y TSH. Éstos niveles fueron analizados utilizando el analizador automático Boehringer Mannheim/Hitachi 714 y los kits Glucose/HK y Colesterol/HP. Ya que recientemente la función tiroidea se ha asociado con los niveles de lípidos (6) se incluyó la relación entre la función tiroidea y la dislipemia en nuestro estudio.

Para realizar las comparaciones entre las medidas metabólicas se utilizó el análisis de covarianza (ANCOVA) con el paquete SPSS 13.0.

RESULTADOS

Los resultados mostraron un incremento de los niveles de colesterol total en los pacientes tratados con olanzapina ($p=0.047$) y quetiapina ($p=0.016$), pero no en los pacientes tratados con risperidona ($p=0.813$). El aumento de los niveles de colesterol en los pacientes tratados con olanzapina se produjo principalmente por un aumento en LDL, aunque este incremento no fue significativo. El tratamiento con quetiapina se asoció con un descenso significativo de la T4 libre ($p=0.011$), aunque este efecto puede ser relacionado con el metabolismo competitivo entre las hormonas tiroideas y la quetiapina a través de la glucuronosiltransferasa (7). Ninguno de los pacientes tuvo niveles de T4 libre por debajo de lo normal ni implicaciones clínicas. El descenso en la T4 libre fue mayor en los pacientes tratados con quetiapina que en los tratados con risperidona ($p<0.001$), mientras que la diferencia en los valores de T4 libre no fue significativa entre los tratados con quetiapina y olanzapina ($p=0.161$). Los niveles de T4 libre están inversamente relacionados con los de colesterol total ($p=0.017$) y LDL ($p=0.041$).

DISCUSIÓN

Diferentes limitaciones metodológicas de este estudio deben ser indicadas. Primero, el estudio ha sido abierto, no aleatorizado, pudiendo introducir un sesgo de selección y limitando la generalización de resultados. Segundo, la reducida muestra limita la capacidad del estudio de detectar pequeñas o moderadas diferencias entre los tratamientos, que en cambio pueden ser clínicamente significativas (error tipo II). Tercero, se admitieron en el estudio a pacientes en tratamiento concomitante con otros fármacos, por lo que los resultados pudieran verse influenciados por los efectos de la polimedicación.

A pesar de estas limitaciones, los resultados muestran la importancia de controlar los parámetros metabólicos y refuerzan la importancia de monitorizar los efectos metabólicos del tratamiento con antipsicóticos de segunda generación en niños y adolescentes. Los hallazgos manifiestan la necesidad de prestar mucha atención a los posibles efectos metabólicos asociados a este tipo de tratamiento. Es preciso realizar un seguimiento exhaustivo de los valores analíticos de los niños y adolescentes tratados con antipsicóticos de segunda generación e incluso realizar intervenciones clínicas para reducir la probabilidad de padecer alteraciones cardiovasculares. Enfermería debería contar con un protocolo de seguimiento analítico para la prevención de las alteraciones bioquímicas en pacientes tratados con antipsicóticos de segunda generación. Se deben realizar más estudios que examinen los factores farmacológicos que contribuyen a la aparición de estos efectos adversos de la terapia.

"Supported by the Spanish Ministry of Health, Instituto de Salud Carlos III, RETICS RD06/0011 (REM-TAP Network)".

BIBLIOGRAFÍA:

1. Patel NC, Crismon ML, Hoagwood K, Johnsrud MT, Rascati KL, Wilson JP, et al. Trends in the use of typical and atypical antipsychotics in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44:548-56.
2. Bloch Y, Vardi O, Mendlovic S, Levkovitz Y, Gothelf D, Ratzoni G. Hyperglycemia from olanzapine treatment in adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2003;13:97-102.
3. Correll CU, Carlson HE. Endocrine and metabolic adverse effects of psychotropic medications in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45:771-91.
4. Ratzoni G, Gothelf D, Brand-Gothelf A, Reidman J, Kikinon L, Gal G, et al. Weight gain associated with olanzapine and risperidone in adolescent patients: a comparative prospective study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41:337-43.
5. Sikich L, Hamer RM, Bashford RA, Sheitman BB, Lieberman JA. A pilot study of risperidone, olanzapine, and haloperidol in psychotic youth: a double-blind, randomized, 8-week trial. *Neuropsychopharmacology*. 2004;29:133-45.
6. Roos A, Bakker SJ, Links TP, Gans RO, Wolffenbuttel BH. Thyroid Function is Associated with Components of the Metabolic Syndrome in Euthyroid Subjects. *J Clin Endocrinol Metab*. 2006.
7. Kelly DL, Conley RR. Thyroid function in treatment-resistant schizophrenia patients treated with quetiapine, risperidone, or fluphenazine. *J Clin Psychiatry* 2005;66(1):80–84.

**Mesa de comunicaciones 32 / Concurrent session 32:
Women's Health**

<p>AUTOR/ES: Mendes, IM</p>
<p>TÍTULO: Maternal-Fetal attachment: implications to midwifery practice</p>
<p>TEXTO DEL TRABAJO:</p> <p>INTRODUCTION Since Cranley's creation of a reliable and valid instrument to measure her theoretical construct of Maternal-Fetal Attachment (MFA) (1) which we have validated to the Portuguese version(2), researchers have studied a vast array of variables in correlational and longitudinal design and all of them evidenced that MFA has important implications for the mother-to-be, for the mother-child relationship and for the child's growth and development (1,2,3). This study aims to: (a) analyse the influence of socio demographic and obstetrical factors to the maternal-fetal attachment and (b) providing a synthesis of results of MFA research that can help to develops disciplinary knowledge in the area of maternal child health and contribute to the announcement of midwifery practices that improve the development of maternal-fetal attachment. The structure of this paper begins with a brief of the theoretical framework. Secondly, we underline results of our correlational MFA study and of others, finally we systematize implications of this MFA studies to midwifery practice.</p> <p>BRIEF OF THE THEORETICAL FRAMEWORK OF MATERNAL-FETAL ATTACHMENT The conceptual framework lies on Rubin's (4) and Cranley's (1) theoretical models, from which we can point out the importance of the maternal role, being the development of the MFA one of the most important process in pregnancy. Both framework are based upon the attachment Bowlby's theory (5) where it is illustrated how the Bolbian contingent gives to the mother's own cognitive representations of caregiving and by viewing the feelings and behaviours related to her contribution as an attachment figure for her baby and how pregnant women develop caregiving capacity through a variety of prenatal process. From the understanding of women's attainment of the maternal role and maternal identity, Rubin (4) identified four specific tasks during pregnancy: (a) seeking safe passage for herself and the baby through pregnancy to achieve an optimal outcome for herself and the foetus; (b) ensuring that the baby is accepted by significant others as for herself as a "mother with the child", a process of role redefinition within her support system; (c) binding-in to the foetus, which begins with the perceived interactions with the foetus, in response to the individuality of the foetus, as a maternal-fetal unique dyad, and (d) giving of self, this task is achieved throughout the other three tasks. the Rubin's model was the theoretical support for the development of Cranley's theoretical framework of MFA. Cranley was the first researcher to proposed a definition of this unidimensional construct as "the extent to which women engage in behaviours that represent an affiliation and interaction with their unborn child"(1). Those behaviours were reflected in common maternal statements that Cranley organized into six aspects of MFA that she had identified from her research: Differentiation of Self from Foetus; Interaction with the Foetus; Attributing Characteristics to the Foetus, Giving of Self; Role Taking and Nesting.</p> <p>RELEVANCE OF OUR CORRELATIONAL STUDY AND OF SOME OTHERS MFA STUDIES From the correlational study that we developed (2) concerning the association of socio-demographic (maternal age, educational), obstetrical (gestational age, parity, pregnancy planning, level of knowledge about fetal development, somatic adaptations to pregnancy and adaptation to pregnancy with the application of Maternal Adjustment and Maternal Attitudes Inventory (MAMA) (6) and psychosocial factors (marital relationship) to the MFA, in a convenient sample constituted by 220 pregnant women (inclusion criteria: first pregnancy of a unique foetus; absent of maternal pathologies; maternal age between 18 and 35 years of age; with at least first degree of education; in a regimen of cohabitation and without mental health disturbance) proceeding from the attending prenatal consultations at Health Centres and at Central Maternity. After the informed consent and authorization consent of all the institutions the data collection was applied using the self-administrated questionnaires.</p>

We mark out the following – in the context of “experiencing pregnancy”, from the items that suggest more attachment to the foetus, the ones that stand out are, in the first place, those related with maternal role and giving of self, followed by the items related with interaction with the foetus and, finally, those related with the attribution of characteristics to the foetus. Considering the social/demographical variables, maternal age and educational level emerge associated with the maternal-fetal attachment, although only partially confirmed.

Considering the obstetrical variables, parity is the most strongly correlated with the maternal–fetal attachment. It was confirmed that there is a positive correlation between maternal-fetal attachment and pregnancy adaptation; from the five dimensions of this last variable, the most evident are, by decreasing order: attitudes to pregnancy and the baby, body image, attitudes to sex and marital relationship. As for the somatic symptoms dimension, it was verified that there was no association with the maternal-fetal attachment.

The results of our study along with others published studies that we have analysed suggesting that the context of MFA is inscribed in a multifactorial model, from which we can underline demographic, obstetrical and psychosocial variables. In others correlational studies it was found that primigravidae had higher MFA mean scores than multigravidae (7) and first-time mothers had higher MFA mean scores than experienced mothers (8). Related to marital status, married women scored higher on MFA than did single women (9). It was found positive correlations between MFA and pregnancy-related variable, such as attitude towards childbearing (10) and perception of fetal growth and development and reported feeling fetal movement early in the pregnancy had higher MFA mean scores than those who did not (11). Strong MFA has been associated with positive health practices during pregnancy, such as abstinence from tobacco, alcohol and illegal drugs, obtaining prenatal care, healthy diet and sleep habits, adequate exercise, use of seat belts, and learning about pregnancy, childbirth and infant care (8).

In longitudinal studies it was revealed positive outcomes of MFA that have clinical significance to practitioners, such as maternal-infant attachment and interaction in the postpartum period, and maternal competence overtime. Mercer and Ferketich found that MFA was a predictor of maternal competence (self-esteem in parenting) during postpartum hospitalization and at one and 8 months postpartum in high-but not low risk women (12). White et al. reported that MFA, measured during the third trimester, was positively related to mutuality in family relationships and infant mood 8-9 months later (13). Mikulincer and Florian conducted a longitudinal study and found that women had higher MFA scores in second and third trimesters than the first, which validated the cross-sectional results that women in their second and third trimesters had higher MFA scores than women in their first (14).

IMPLICATIONS OF MATERNAL-FETAL ATTACHMENT STUDIES TO MIDWIFERY PRACTICE

Along with the increased empirical knowledge comes responsibility to research ways to identify interventions that can adequately prepare women for motherhood.

The findings that we have been reported from our correlational study and others give credence to the attachment theory, suggesting that the human bonds intensify over time and credibility to MFA construct (1,2,3,7,8,9,10,11,12,13,14) has its important implications for pregnant women (development of sense of maternal role) and for their unborn children (positive mothers-baby interactions).

We would like to point out that is important for the midwifery practice, the promotion and maintenance of interventions in the context of living the pregnancy adjustment and the maternal-fetal attachment on pregnant women, with particular emphasis on the social support.

As well as to clarifying the development of the maternal attachment to the foetus as an integral part of the process of becoming a mother, promoting information about pregnancy and motherhood and enhancing the confidence of pregnant women in developing their projects of being a mother.

From the results pointed out we would like to suggest some nursing interventions that promote attachment. In the first trimester - Identifying with the pregnant woman the importance of the emotional experience of the pregnancy time, creating a planning calendar focus on the fetal development, and her adjustment to pregnancy, and also be aware of her willingness to continuing the prenatal visits.

- Identifying with the pregnant woman the influence of the family's resources, and the family's appraisal of the pregnancy event, and who are the significant persons that will be with her during this period.

- Document the assessment of pregnant woman's or partner's emotional status and interventions in a follow-throughout pregnancy.

Second and third trimesters:

- Encouraging the pregnant woman/expectant couple to verbalize concerns, identifying reasons for concerns and promote coping with the situation related to the developmental and emotional adaptation to the maternal role;

- Teaching the pregnant woman to feel for the parts of the baby to determine fetal position using the Leopold maneuvers;

- Encouraging the pregnant woman to become aware of fetal activity and factors that influence that activity;

- Explain ways that the pregnant woman can begin to interact with her baby in utero, by encouraging the pregnant woman to rub, stroke, and massage her abdomen when she is talking to the baby, ask for a return demonstration;

- Involving the significant persons to the pregnant woman/expectant couple in the educational programs to help them to support the choices made by them regarding birth, infant feeding or childrearing.

These are some interventions that proceed from the relevant findings to the application of the nursing process to psychosocial adaptation to pregnancy and that help pregnant women, as a anticipatory guidance, to develop the maternal-fetal attachment, and their adjustment to the maternal role.

Finally we would like to state that the contribution of Cranley's framework to the discipline of nursing and midwifery with the creation of her theoretical construct of MFA and its associated MFA instrument needs to be expanded through continue research. Specialty research on Maternal-Fetal Attachment studies that specifies experimental design to strengthen nursing interventions.

We need to respond to that request for the wellbeing of the mothers, infants and their families.

BIBLIOGRAFÍA:

1 - Cranley MS. Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nurs Res.* 1981;30(5): 281-284.

2 - Mendes IM. *Ligação materno fetal.* Coimbra: Quarteto Editora; 2002.

3 - Cannella BL. Materno-fetal attachment: an integrative review. *J Adv Nurs.* 2005;50(1): 60-68.

4 - Rubin R. *Maternal identity and the maternal experience.* New York: Springer Publishing Co; 1984.

5 - Bowlby J. *Attachment and loss: attachment.* New York: Basic Books; 1969.

6 - Kumar R; Robson KM; Smith AMR. Development of a self-administered questionnaire to measure maternal adjustment and maternal attitudes during pregnancy and after delivery. *J Psychosom Res.* 1984;28(19):45-51.

7 - Pascoe JM; Kototailo PK; Broekhuizen FF. Correlates of multigravida women's binge drinking during pregnancy. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1995;149:1325-1329.

8 - Mercer RT; Ferketich SL. Experienced and inexperienced mother's maternal competence during infancy. *Res Nurs Health.* 1995;18:333-343.

9 - Stanton F; Golombok S. Maternal-fetal attachment during pregnancy following in-vitro fertilization. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1993;14:154-158.

10 - Heidrich S; Cranley M. Effect of fetal movement, ultrasound scans and amniocentesis on maternal-fetal attachment. *Nurs Res.* 1989;38:81-84.

11- Lindgren K. Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression and health practices in pregnancy. *Res Nurs Health.* 2001;24:203-217.

12 - Mercer RT; Ferketich SL. Predictors of maternal role competence by risk status. *Nurs Res.* 1994;43:38-43.

13 - White MA; Wilson ME; Elander G; Persson B. The Swedish family: transition to parenthood. *Scand J Caring Sci.* 1999;13:171-176.

14 -Mikulincer M; Florian V. Maternal-fetal bonding, coping strategies, and mental health during pregnancy - the contribution of attachment style. *J Soc Clin Psychol.* 1999;18:225-276.

AUTHOR/S:

Hsia-Tzu Kao, Chuan-Hsiu Tsai

TITLE:

The study of urinary incontinence and pelvic floor muscle strength in a population of women participated Community-Based Integrated

TEXT:**Introduction**

Pelvic floor weakness may develop such as urinary incontinence (UI), loss of vaginal tone and sensation, and prolapse of pelvic organ. The risk factors for pelvic floor weakness are childbirth, aging, menopause, obesity, and hysterectomy (1). Urinary incontinence is not directly life-threatening but it has a significant impact on the quality of life in women (2). UI is a prevalent condition and the cost of UI treatment remain high (3). The pelvic floor muscle strength play important role for urinary continent and pelvic support. Various techniques have been used for evaluation of pelvic floor muscle (PFM) strength: digital palpation using various scoring systems, perineometry measuring intravaginal pressure or electromyographic (EMG) activity during a contraction and perineal ultrasound assessing elevation of PFM contraction. (4). Digital palpation is the easiest way to assess the pelvic floor and an essential part of the PFM assessment (Peschers et al., 2001). The test used in this study is based on the Oxford scoring system. Perineometry depicts intravaginal pressure which was introduce by Kegel in 1948, is widely used to describe the measurement of PFM strength. Perineometer is the most commonly instruments for assessing PFM strength (5). This study was undertaken to describe the distribution of urinary incontinence and pelvic floor muscle strength in a population of women participated Community-Based Integrated Screening for routine pap smear in Taiwan.

Materials and Methods**Subjects**

A cross sectional design was conducted. Convenience sampling was used. The study was explained to interested women who seen for routine pap smear at Community-Based Integrated Screening held by Hualian County Health Bureau in Taiwan and all participants signed a consent form. Inclusion criteria were ages over 30 years and agree to participate. Exclusion criteria were pregnancy, urinary tract infection, vaginal infection, known neurological disorder, and cognitive impairment. After informed consent was obtained general biographic data and urinary incontinence status were collected by questionnaire. Severity of UI was defined as : severe UI was defined as incontinence a few times or more per week. Moderate UI was defined as an incontinence frequency of a few times per month only, and mild UI was defined as incontinence frequency of a few times per year only.

PFM strength testing

Women then underwent a pelvic floor muscle strength testing. They were placed in the lithotomy position and carefully instructed to contract the PFM. Two techniques were used to measure PFM strength, a digital palpation and a perineometer. For each technique women were instructed to 'pull the PFM in and up as strongly as possible'. In order to ensure valid measurement of PFM strength, we first used vaginal palpation to teach women how to contract their PFM then a perineometer was used.

PFM contraction quantitative described below:

1. Digital palpation. PFM strength was graded according to the Oxford scoring system developed by Laycock. This is a 6-point scale: 0=no contraction, 1=flicker, 2=weak, 3=moderate, 4=good (with lift), and 5=strong.(1). The Modified Oxford Scale below 3 were defined as weak pelvic floor strength.
2. Pressure perineometry. The perineometer used in this study (Peritron 9300V, Cardiodesign, Australia) has been described by the manufacture: 95% of the readings are supposed to be correct to ± 1 cm of water. The vaginal pressure probe

connected to a Peritron , was fitted with a clean condom around for each woman. The pressure sensor was set to zero at the start of each test. The vaginal pressure probe was then inserted into the vagina. After restoring the zero point the women performed a maximal contraction, then the value was recorded.

Data Analysis

Statistical analysis of data was performed using SPSS 11.0. Descriptive analysis was performed on all variables. The correlation between UI and PFM strength assessed by digital palpation and pressure perineometry was calculated. P-values less than 0.05 were considered statistically significant.

Findings

A total of 342 women were examined from February to November 2005. The average age was 56.4±11.9 years, with a range of 38 to 78 years. Most of the women had elementary educational background (77.5%) and 72.2% were housewife. The average of vaginal delivery were 3.7±2.0-11. The BMI in this study was 26.0± 4.5 kg/m², and 32.5% were obesity (BMI≥27). There were 69.3% of women with menopausal status and 14.3% had undergone hysterectomy.

The prevalence of UI in this study were 62.9%. The overall distribution of UI severity was as follows: severe UI , 7.3%; moderate UI, 15.2%; and mild UI, 40.4%. Subjects examined by digital palpation had 55.9% showed weak pelvic floor strength; and by pressure perineometry the average pressure were 32.0±19.01cmH₂O. The correlation between digital palpation and pressure perineometry was 0.87 (p<0.01). The correlation between UI and digital palpation was $r = -0.126$ (p< 0.05); and UI and pressure perineometry $r = -0.162$ (p< 0.01) showed the more severity UI the weak of pelvic floor strength.

Discussion:

The prevalence of UI in the population were 62.9%, was defined by the International Continence Society (ICS) as a condition in which involuntary loss of urine (2). The reported prevalence of urinary incontinence from 12% to 78 % (3-6), the variation is due to differences in definitions, target populations, methods of assessment, and study designs.

Study has demonstrated that PFM contraction may be difficult to perform, because the lack of awareness of where they are located and more than 30% of women contract incorrectly at their first try (7). In this study with most subjects having weak pelvic strength.

Vaginal palpation has been strongly recommended when teaching correct women PFM contraction and classified the contraction qualitatively as correct or not correct, furthermore, (8, 9). Hence, we agree that vaginal palpation is of utmost importance when teaching how to perform a correct PFM contraction. The perineometer is a more objective assessment of PFM strength. The perineometer measurement correlated well with digital palpation, and has the same result as Kerschman-Schindl et al.(2002). They measured vaginal palpation using the Oxford Grading System and compared the measurements with a perineometer (Peritron 9300), and showed a very well correlation ($r = .70$, p< .001).

There were mild correlation between UI and PFM strength, and was a statistically significant trend toward weak pelvic strength among women with severity of UI. These findings are in agreement with Thompson, O'Sullivan, Briffa, and Neumann (2006). This showed the more severity UI the weak of pelvic floor strength.

Conclusion

The prevalence of UI in the population were 62.9%, with most subjects having weak pelvic strength. There was a statistically significant trend toward weak pelvic strength among women with severity of UI. Pelvic floor weakness may develop such as urinary incontinence (UI) and affects women's quality of life. It is important for women to understand and learn how to prevent problems related to PFM weakness. Pelvic floor exercise can improve PFM strength.

The digital palpation, a very easy and quick test, was well tolerated by all participants. Therefore, health provider can teach Pelvic floor exercise through pelvic exam, and by digital palpation to teach

women correct contraction PFM. The issues of pelvic floor health are often addressed only after symptoms have presented. The results of this study demonstrate urgent needs to provide pelvic health and continence promotion in community.

BIBLIOGRAPHY:

1. Bo K, Sherburn M. Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength. *Physical therapy*. 2005 Mar; 85(3):269.
2. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2002; 21(2):167-78.
3. Melville JL, Katon W, Delaney K, Newton K. Urinary incontinence in US women: a population-based study. *Arch Intern Med*. 2005 Mar 14; 165(5):537-42.
4. Minassian VA, Stewart WF, Wood GC. Urinary incontinence in women: variation in prevalence estimates and risk factors. *Obstet Gynecol*. 2008 Feb; 111(2 Pt 1):324-31.
5. Chen GD, Lin TL, Hu SW, Chen YC, Lin LY. Prevalence and correlation of urinary incontinence and overactive bladder in Taiwanese women. *Neurourol Urodyn*. 2003; 22(2):109-17.
6. Luber KM, Boero S, Choe JY. The demographics of pelvic floor disorders: current observations and future projections. *Am J Obstet Gynecol*. 2001 Jun; 184(7):1496-501; discussion 501-3.
7. Bump RC, Hurt WG, Fantl JA, Wyman JF. Assessment of Kegel pelvic muscle exercise performance after brief verbal instruction. *Am J Obstet Gynecol*. 1991 Aug; 165(2):322-7; discussion 7-9.
8. Bø K, Finckenhagen HB. Vaginal palpation of pelvic floor muscle strength: inter-test reproducibility and comparison between palpation and vaginal squeeze pressure. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2001 10; 80(10):883.
9. Chiarelli P, Murphy B, Cockburn J. Women's knowledge, practises, and intentions regarding correct pelvic floor exercises. *Neurourol Urodyn*. 2003; 22(3):246.

Mesa de comunicaciones 33 / Concurrent session 33: Evidence through technology

AUTHOR/S:

Mr Clint Moloney, Lecturer Department of Nursing and Midwifery, University of Southern Queensland, Associate Director ACCREBP, BNur, MHealth Sci, PhD Candidate

TITLE:

Decision making analysis using hand held PDA's in Nursing.

TEXT:

Introduction/ Background

A fundamental concept stemming from available literature is the lack of access to clinical decision making information for the nursing professional. Present findings in the literature would suggest that this issue is a generic international issue [3]. Baxter and Boblin [3] found through their research with baccalaureate nurses that continue education was a prerequisite to ensuring nurses developed sustained decision making skills, however access to education is always limited by factors such as time and nursing workload. In Baxter and Boblins [3] extensive literature review it was evident that many researchers who have explored nurse decision making have concluded that decision making is a learned skill that must be taught by nurse educators. Yet little research has been conducted to explore nursing students' decision making. Their findings suggest that if nurse educators are to teach this skill, it is necessary to have a better understanding of the kinds of decisions students are making in the clinical setting.

Standing [6] supports the notion that decision making is a learnt behaviour and tools to assist this learnt behaviour need to be adopted. Standings [6] research suggests that nurse educators alone cannot assist newly registered nurses to refine and develop this skill. Specific strategies and support mechanisms need to be created to enhance and compliment this learnt skill. Knowing the kinds of decisions students are making and sometimes not making in the clinical setting should prompt nurse educators to reevaluate whether curricula provides the necessary tools to facilitate the development of decision making and whether nurses are sufficiently encouraged to engage in making all kinds of decisions. Recognising that nurses make decisions related to assessment in the beginning levels but focus less on these decisions in later years reinforces the need for nurse educators to continue to emphasize the importance role assessment plays in decision making and providing effective and safe patient care. Decision making will only improve if decision makers are taught to systematically assess, gather information, plan, implement, and evaluate nursing care [6]. In present day nursing tools do exist that help to achieve this, however access to such systems by nurses is very limited. Contributing factors to this include PC numbers, time, and patient acuity [5].

Athey and Stern [1] through their research efforts found that technology was a key solution to aid decision making in health. Research also suggests that if technology is to be adopted as a solution then principles of innovation diffusion should be considered [2-4-5]. Stephenson [7] & Torisco [8] suggest that mobile computing is the realtime solution to providing healthcare professions with information that can inform decisions. Their research has suggested that further exploration is required to not only understand how health professionals such as nurses will accept this technology, but also to determine the type of information that can be either sent or received into devices such as handheld computers. Based on previous research conducted by Gururajan, Hafeez-Bag, & Moloney [4] and Guruajan, Moloney, Soar [5] this research utilised developed frameworks for successful adoption of Personal Digital Assistant's (PDA's) in nursing exploring their potential in providing a decision making analysis platform for post graduate nursing students. Utilising findings from previous research this research concept set out to address the following objectives:

1. To address the lack of access to clinical decision making information for nursing by developing a prototype of a point-of-care system to deliver clinical knowledge via a handheld computer.
2. To address point of access a significant barrier to the utilisation of research.

Methods:

The methodology used to explore the theory that handheld computers would assist nurse decision making was both quantitative and qualitative in approach and involved a series of multi-disciplinary focus group working parties followed by a comparative study. The methodology followed a pre-test and post-test format with three components or stages. The first component involved developing the decision making algorithms for the handheld devices. Algorithms were devised to mimic existing nursing policy and procedure previously found only on the desk top PC or hard copy manuals. Focus groups with key personnel including medical officers were conducted in three facilities to determine up to four appropriate trial clinical scenarios where patients were at the greatest risk. Written decision making pathways derived from these focus groups were then compared to evidence based literature to ensure they were up to date with current evidence. Policy and procedure algorithms were then synchronised with the PDA's to provide realtime access for nurses.

Pre and post focus groups also considered the drivers and inhibitors to the availability of evidence based practice information. The second component of the study involved a laboratory trial. This part was employed in a temporary laboratory set up in a local health service where randomly chosen nurses tested the algorithms for their functionality. The third component was real time implementation (field test) of the software algorithms. This component involved a control group experiment where post-graduate nursing staff were randomly allocated to the handheld experiment. A total of 20 PDA's were deployed and set up in a wireless framework over a six month period. In total 20 post graduate nurses carried the device in the real time implementation phase. This Cohort research intervention design firstly asked the participating nurses to document their experiences with existing decision making tools. Set measures of time taken to find information, episodes of seeking peer support, and a confidence scale were deployed to gather quantitative data. Pre and post interviews with these nurses were performed to gather qualitative data. Once this initial data had been captured the PDA's were then deployed. Similarly, set quantitative measures of time taken to find information, episodes of seeking peer support, and a confidence scale were repeated. Pre and post focus groups were also taken to gather qualitative data.

Analysis:Data was analysed using statistical software applications such as NVivo and SPSS. Both quantitative and qualitative analyses were performed using these software applications. Qualitative data was transcribed into computer files for analysis. Similarly, quantitative data was coded into a computer file prior to analysis and a file comparator technique was used to resolve any data entry errors. NVivo software was used to analyse the qualitative data collected through the focus group. Open coding and selective coding techniques will be employed to the data gathered from the focus groups, such a technique helped to organize the large amount of data into smaller themes and to identify any patterns or interrelationships. SPSS software was used to analyse the quantitative data. Quantitative data was in two formats. 1. Descriptive data sets obtained from set quantitative measures. & 2. Concept data sets derived from thematic analysis. For concept data sets a descriptive analysis was conducted, including a frequency breakdown. Once the normality was established, a detailed cross sectional analysis of the determinants of behavior was conducted. A factor analysis was also conducted to identify factors of adoption. Once this was completed, tests for significance were performed between various factors.

Findings: Descriptive quantitative findings suggested a notable difference in time taken to source information. An overall reduction in time of up to 30 mins for the individual nurse was noticed within a 2 week period when using a PDA. Notable nurse recordings of episodes of peer support also decreased by 45%. The most dramatic of findings was found in the confidence scale. Following the use of PDAs the average level of decision making confidence expressed by nurse rose from moderate to high. Further findings suggest that the use of hand held computers, 1. Increases access to evidence based practice information, 2. Saves nursing time, 3. Increases nurses confidence in decision making, and 4. Improves nursing participation in evidence based practice strategy development. Many nurses felt encouraged to update procedural evidence.

Outcomes data also indicates that from an innovation diffusion perspective there appears to be a wide acceptance of these devices. Overwhelmingly nurses found PDAs to offer mobility and access to information at point of care in an easy to use format. Thematic analysis using Leximancer Software revealed several key themes when using PDA's. Concept maps revealed that when using PDA's time was no longer considered to have an adverse relationship with research utilisation or evidence based practice knowledge. Further factor analysis using SPSS software also supported this finding indicating that time was no longer a strong barrier.

Discussion: Clearly evident from this research is the value that PDA's can have in assisting clinical decision making in nursing. Both a reduction in the time taken to find evidence based practice information and improved access to information showed PDA's to be a significant step in eliminating two problem research utilisation barriers for nursing. Larger clinical trials are required to replicate findings. Further research is currently being conducted by the author to replicate findings on a larger scale. Barriers to research utilisation such as time and access would appear to be significantly reduced when using PDAs and do appear to be a real solution. Most importantly nurses were found to have increasing confidence in decision making using these devices. The devices would appear to be an excellent extension to teaching and learning resources for the nurse educator. PDAs have clear advantages for the nursing profession bringing the expanding pool of new evidence to the bedside.

Research Recommendations: Findings from this research indicate that research utilisation tools such as JBI-connect should be trialled extensively on PDA's. Pre and post research on barriers to research utilisation should be considered. The true influence the use of PDA's can have on improving patient care standards and outcomes is yet to be fully understood, further research using PDA's should address this important issue.

BIBLIOGRAPHY:

- [1] Athey S, Stern. The impact of information technology on emergency health care outcomes. *RAND Journal of Economics* 2002; 33(3): 399-388.
- [2] Davies FD Bagozzi RP, Warshaw PR. User acceptance of computer technology: A comparison of two theoretical models. *Communications of the ACM* 1989; 35(8): 982-1003.
- [3] Baxter PE; Boblin S. Decision making by baccalaureate nursing students in the clinical setting. *Journal of Nursing Education* 2008; 47 (8): 345-50.
- [4] Gururajan R, Hafeez-baig A, Moloney C. Adoption of wireless handheld technology: a case of Queensland healthcare. *ICEB Hong Kong China* 2005.
- [5] Gururajan R, Moloney C, Soar J. Challenges for implementing wireless hand-held technology in health care: views from selected Queensland nurses. *Journal of Telemedicine and Telecare* 2005; 11 (Supplement 2):37-38.
- [6] Standing M. Clinical decision-making skills on the developmental journey from student to Registered Nurse: a longitudinal inquiry. *Journal of Advanced Nursing* 2007; 60 (3): 257-69
- [7] Stevenson, S. Mobile computing places data in the palm of the hand: Devices deliver real-time access to information. *Ophthalmology Times* 2001; 26(4): 15-18.
- [8] Turisco, F. Mobile computing is next technology frontier for health providers. *Healthcare Financial Management* 2000; 54(11): 78 - 82.

AUTHOR/S:

Pellowe C, Pratt RJ, O'Malley B, Adams J, Jones S, Smith LA

TITLE:

Using e-learning to improve practice in infection control

TEXT:

Healthcare associated infections (HCAI) remain a significant threat to healthcare in England. National evidence based guidelines to prevent HCAI were published in 2001 and updated in 2007. In order to promote implementation an e-learning educational programme was developed for clinical and non clinical staff and made available free of charge to all NHS Trusts. After 2 years a review of uptake was undertaken along with an investigation to establish which new modules should be developed.

Methods:

A workshop was held at the national conference of the Infection Control Nurses' Association to discuss extension of the programme. A questionnaire was distributed at the conference and in addition sent to all participating Trusts regarding use of the programme, followed by a focus group of infection control practitioners to establish key improvements to the programme.

Findings:

Over 50% of Trusts were using the programme as part of their mandatory infection control programme for new staff. The majority (60%) were using the core programmes only but the non clinical programme was reported as useful for students (35%). Seventy percent were using the programme as individuals and over 80% were anxious to have additional modules aimed at clinical staff. Key barriers were local technical and computing requirements although log in and registration was reported as not a problem in 60% of respondents. Seventy eight percent requested a pass mark be noted on completion records.

Discussion:

Publication of national guidelines alone is insufficient to ensure implementation. With over 72,000 registered users of the current programme, this programme is being used in trusts to meet the requirement of ongoing educational training in infection control. This has the advantage of ensuring that staff receive accurate and current information which is easily accessible wherever and whenever needed. The programme can also be updated to reflect changes for example in waste management. The changes highlighted by this exercise have been incorporated. New clinical modules are being developed to assist the implementation of the updated epic2 guidelines which are the basis of the Government's Saving Lives and Safe Clean Care Campaign

BIBLIOGRAPHY:

Pratt RJ, Pellowe CM, Shelley J, Adams J, Loveday HP, King D, Jones SRLJ. Using a blended e-learning model to provide accessible infection prevention and control training for NHS staff: The NHSU/TVU/Intuition approach. *British Journal of Infection Control* 2005;6(2):16-18

Pratt RJ, Pellowe CM, Wilson JA, Loveday HP, Harper PJ, Jones SRLJ, McDougall C, Wilcox MH. epic2: National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NHS Hospitals in England. *Journal of Hospital Infection* February 2007;65S:S1-S64

Pratt RJ, O'Malley B. Supporting evidence-based infection prevention and control practice in the National Health Service in England. The NHS/TVU/Intuition Approach. *Journal of Hospital Infection* June 2007;65(S2): S142-S147.

Pratt RJ, O'Malley B. Evidence-based awareness. *Public Service Review – Health* April 2007

AUTHOR/S:

Kate Kynoch

TITLE:

Implementation of an effective web-based policy review and approval system.

TEXT:

Introduction: In recent years, the concept of having evidence-based policies has gained considerable ground due to the realisation that evidence-based practice is one of the most important underlying principles in modern health care.

Background: A quality health service is built upon the use of best evidence and in many organisations it has been widely accepted that evidence should influence health policy. Despite this accepted practice, agreement on the evidence underpinning health care policies by health professionals is a barrier that most organisations need to address. This paper will outline the development, implementation and evaluation of a web-based policy review and approval system to facilitate timely and collective review and approval of evidence-based policies by key stakeholders within a large multi-site health organisation.

Methods: There were six stages involved in this project; Stage one: Identification of barriers to policy review and approval within the organisation. Stage two: Development of a proposed web-based policy review and approval system to address identified barriers within the organisation. The initial system of emailing policies to relevant parties was ineffective and slow and often resulted in no response from managers or key stakeholders. Stage three: Individual meetings with hospital nurse unit managers were conducted to gain support for the system. Managers were also asked to nominate a key stakeholder to review hospital policies relevant to their area of practice. The key stakeholder would be responsible for disseminating the draft policy for review within their area of practice. Stage four: An initial trial of the system was carried out to identify and minimise any problems that arose relating to online access and use. Stage five: Education sessions were commenced with the nominated key stakeholders from all clinical areas. Stage six: Implementation and evaluation of the web-based policy review and approval system.

Findings: This paper will report results of the evaluation of the web-based policy review and approval system. The implementation of this system resulted in increased response to policy drafts, more efficient time management for senior hospital staff by eliminating the need for regular meetings and improved evidence-based policy development throughout the hospital complex.

Discussion: Evidence-based policy development and review is a process that requires strong leadership and support from senior hospital management. The implementation of a web-based policy review and approval system led to increased awareness and support of the need for evidence-based policies within the organisation. Despite the overall benefits, a system such as this requires dedicated staff to manage, set timeframes and upload documents for review and approval. Strong support and commitment from the organisation ensured that staff members embraced the system. This commitment to ensuring evidence-based practice from hospital leaders facilitated successful acceptance and utilisation of the new system.

Mesa de comunicaciones 34 / Concurrent session 34: Salud infantojuvenil

AUTOR/ES:

Gamboa Moreno, Estíbaliz, Dorronsoro Barandiaran, M. Osane (Enfermeras del C.Salud de Gros, Donostia, Gipuzkoa)Juncal Artieda Arandia (Técnico de Vigilancia Epidemiologica. Subdirección de Salud Pública. Gipuzkoa)

TÍTULO:

Descriptivo de reacciones adversas tras la vacunación contra el VPH.Actitud y conocimiento de las vacunas en una población escolar.

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción y objetivo

La infección genital con papilomavirus humanos (PVH) es la infección de transmisión sexual más frecuente a nivel mundial. El PVH es un virus DNA que se clasifica en más de 100 genotipos. Se transmite mediante las relaciones sexuales, y se estima que hasta un 75% de las mujeres pueden padecer la enfermedad en un momento de su vida. La mayoría de estas infecciones son benignas y se resuelven espontáneamente. Sin embargo, los denominados genotipos de “alto riesgo”, establecen en ocasiones infecciones crónicas que son la causa principal del cáncer de cuello uterino. Este cáncer es, tras el de mama, el segundo más frecuente entre las mujeres a nivel mundial. En los últimos años, se observa un incremento mantenido de un 1% anual. Recientemente se han comercializado nuevas vacunas frente a PVH que incluyen los genotipos de alto riesgo 16 y 18. El Comité Asesor de Vacunas de Euskadi en el año 2007 recomendó al Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, iniciar la vacunación de la población de mujeres adolescentes que cursan 1º curso de Educación Secundaria Obligatoria, es decir con edades de 12-13 años. Como estrategia de comunicación se prepararon cartas personalizadas a los padres, 30.000 folletos, 2.000 carteles, entrevistas en radio, anuncios en prensa, reuniones con profesionales y publicación en el boletín epidemiológico.

El presente trabajo tiene por objeto conocer las reacciones adversas tras la administración de la vacuna frente al Virus del Papiloma Humano (Tipos 6,11,16,18) (Recombinante, absorbida). Además, se plantea conocer la actitud y el conocimiento que sobre esta nueva vacuna tiene la población escolar en la que se interviene.

Material y método

Cuestionarios con las variables de estudio. Se realiza un estudio de cohorte prospectivo en mujeres que en el periodo septiembre de 2007 a junio de 2008 cursan 1º de ESO, presentan el consentimiento expreso de los padres o tutores y pertenecen a los centros escolares dependientes del centro de salud de Gros.

Estudio de prevalencia que se realiza a toda la cohorte de alumnos que el periodo septiembre de 2007 a junio de 2008 cursan 1º de ESO y pertenecen a los centros escolares dependientes del centro de salud de Gros. Se excluyó del estudio a los extranjeros que no conocían el idioma.

Tamaño de muestra: el número de mujeres es de 120 .El número total de escolares es de 277 .

El programa estadístico utilizado para el análisis del estudio es el SPSS 15.0 para Windows.

Resultados de las reacciones adversas

El dolor se presentó en el 31% tras la primera dosis, en el 15 % de la segunda y en el 17,3% de la tercera. La respuesta del eritema e induración no llegó al 1%.Después de la primera dosis un 18% presentaron prurito, un 8% después de la segunda y un 12,7% tras la tercera. Entre un 6% y un 8% de las vacunadas tomaron medicación tras las tres aplicaciones de vacunas.Un 76% de las vacunadas no presentaron ninguna de las 4 reacciones planteadas. De las que presentaron reacción la cefalea estuvo presente en un 9,2% de las vacunadas. El dolor abdominal en un 5,9%, cansancio y mareo en un 2,6-6,2% respectivamente.Ningún escolar precisó de atención médica.

Resultados del conocimiento y actitud frente a la vacunación.

El 77,2% de los encuestados refería saber algo sobre la vacunación en general y un 22,8% consideraba que no tenía ningún conocimiento. Sobre la pregunta concreta de conocimiento de vacuna del papilomavirus un 35,5% referían saber algo y un 64,1% no tenían conocimiento alguno. Un 65,6% de los encuestados referían como fuente de información la familia, un 31% la escuela, un 18% la televisión, un 15% los amigos y un 7% otros medios. El 64% de los encuestados refiere haber recibido información de una fuente y un 25% de dos fuentes. Cuando la información viene de una fuente, el 60% de esta proviene de la familia y en un segundo orden de la escuela.

Cuando el origen de la información es de dos fuentes la familia está presente en un 83% de los encuestados y la escuela lo está en un 50%. También se preguntaba al encuestado la opinión que tenía sobre las vacunas y un 93% respondió que le parecían buenas mientras que el 6% tenían la opinión de que eran regulares/malas. Se realizaron subgrupos por sexo y la cuestión sobre la actitud ante la vacunación no cambiaba tanto si eran hombres como mujeres. Tampoco se apreciaron diferencias por sexo en la cuestión del conocimiento sobre la vacunación en general. Las diferencias de estos porcentajes no son estadísticamente significativas. El 52% de las mujeres dicen saber mucho sobre la vacuna del papilomavirus y solamente el 21% de los hombres, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (Chi-cuadrado :6,486; p=,00000). En el 75% de las mujeres la familia es fuente de conocimiento de la vacuna de papilomavirus mientras que en los hombres esta proporción es del 57%, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (Chi-cuadrado: 9,25; p=0,002). Un 67% de mujeres consideran que tienen necesidad de aprender frente un 56% de hombres siendo esta diferencia de porcentajes próximo a la significación estadística (Chi-cuadrado:3,09;P=0,08).

Resumen

•Un 93,5% de los escolares respondieron al cuestionario. •El 79,8 % de las niñas vacunadas no presentaron dolor tras la aplicación de la vacuna. •La respuesta con eritema e induración no llegó al 1%. •Un 12,9 % presentaron prurito tras la aplicación de la vacuna. •Un 93 % de las niñas no precisaron medicación tras la administración de la vacuna. •Un 76% de las vacunadas no presentaron ninguna de las reacciones planteadas. •La cefalea estuvo presente en un 9,19% de las vacunadas oscilando entre un 5,3 y un 15,5 % en la segunda y tercera dosis respectivamente. El dolor abdominal estuvo presente en un 5,9% de las niñas y el cansancio y mareo en un 2,6-6,2% respectivamente. •Ningún escolar precisó de atención médica. •El 77,2% dicen tener conocimiento sobre las vacunas en general. •En relación al conocimiento sobre la vacuna del papiloma un 35,5% de escolares decían tener conocimiento. •Sobre las fuentes de información los escolares han considerado en un 65,6% la fuente de información ha sido la familia y en un 30% la escuela. •Cuando la fuente de información es múltiple, en la circunstancia que sean dos, la familia es en un 60% la principal. Cuando son dos, el porcentaje de la familia aumenta a un 83% y la escuela a un 50%. •Referente a la opinión que tienen los escolares sobre la vacuna un 93% opina que las vacunas son buenas. •En la clasificación por sexo, un 22% de hombres y un 28% de mujeres refieren no saber nada sobre la vacunación en general. •Un 79% de hombres refiere no saber nada sobre la vacuna del papilomavirus y este porcentaje disminuye al 49% cuando se trata de las mujeres. •En relación a las fuentes de información por subgrupo de sexo, en un 57% de hombres la fuente es la familia y en la situación de las mujeres es en el 75%. •A las cuestiones de fuente: amigos, escuela y otros (Internet, revistas...) las respuestas fueron similares en hombres y mujeres. Cuando la fuente es la televisión y se diferencia por sexo, un 21% de hombres y un 15% de mujeres consideran que la información ha recibido por ese medio. •A la pregunta de si sienten necesidad de más información un 56% de los hombres y un 67% de las mujeres consideran que sí tiene necesidad de más información.

Discusión

En el estudio no se han observado abandonos debido a la aparición de reacciones adversas tras la vacunación. En relación a la seguridad de las vacunas, los estudios realizados han demostrado que se trata de una vacuna muy segura. Desde el punto de vista de la vacunación universal destaca únicamente la alta reactogenicidad local, dolor y tumefacción frente a placebo y muy superior a las ocasionadas por la vacuna de hepatitis B. En este estudio un 20% de las niñas vacunadas presentaron dolor y el eritema y la induración fueron del 1%. La cefalea se presenta en un 7% de las niñas con la aplicación de la primera dosis, en un 5% de la segunda y en el 16% de la tercera dosis. Este dato está en concordancia con los resultados descritos en numerosos trabajos de investigación. Un síntoma que junto con la cefalea fueron los únicos que aumentaron con la frecuentación de la vacunación fue la astenia. Pero es importante destacar que esta tercera dosis de vacuna frente al VPH se aplicó junto a la de la hepatitis B. Un 8% precisó tomar medicación para tratar algún efecto adverso y en ningún caso fue necesaria la consulta médica.

Con este estudio se ha podido conocer la opinión que sobre las vacunas tienen los escolares y la respuesta ha sido totalmente satisfactoria, ya que un 94% opinan que son buenas y este porcentaje no ha variado cuando se realizan subgrupos por sexo. Ante la pregunta de si tienen conocimiento de las vacunas en general un 77% responde que sí tiene conocimiento.. Sin embargo, cuando la pregunta sobre el conocimiento de vacunas se concreta en la vacuna del VPH, este porcentaje es

del 21% en hombres y del 52% en mujeres y esta diferencia es significativa. Es muy probable que la diferencia sea debida a la estrategia de comunicación establecida, previa a la aplicación de la vacunación. Otra diferencia observada con significación estadística entre sexos fue la consideración de la familia como fuente de información (75% mujeres vs 57% en hombres). Tanto en niños como en niñas la primera fuente de información fue la familia y la segunda la escuela. Sin embargo, la tercera fue diferente ya que en niños era la televisión y los amigos/as en las niñas. Hay que destacar que el 67% de mujeres consideran que tienen que aprender sobre vacunas frente a un 56% de hombres, siendo esta diferencia próxima a la significación estadística.

Conclusion

Este estudio pone de manifiesto la seguridad de la vacuna aplicada en relación a las reacciones adversas de presentación inmediata. La aplicación en la tercera dosis de la vacuna del VPH junto a la de la hepatitis B fue la única circunstancia en la que las reacciones adversas estuvieron más presentes que en las dos anteriores intervenciones.

En este estudio, tanto en niños como en niñas el porcentaje de conocimiento sobre la vacuna del VPH ha sido bajo. Este hecho hace reflexionar sobre la posibilidad de plantear además de las realizadas otras estrategias de comunicación. Estas estrategias irían encaminadas a dar información sobre la vacunación y sería importante asegurar campañas adecuadas de educación sanitaria para evitar que la percepción de seguridad tras la introducción de la vacuna, lleve a un aumento de prácticas sexuales no seguras, de forma especial entre las adolescentes vacunadas.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Bernard HU, Chan SY, Manos MM, Ong CK., Villa LL, Delius H et al. Identification and assessment of known and human papillomaviruses by Polymerase Chain Reaction amplification, Restriction Fragment Length Polymorphisms, Nucleotide Sequence, and Phylogenetic Algorithms. *J Infect Dis.* 1994; 170:1077-85.
2. Muñoz, N, Bosch FX, de Sanjosé S, Herrero R, Castellsaguè X, Shah KV et al. Epidemiologic Classification of human Papillomavirus Types Associated with Cervical Cancer. *N Engl J Med.* 2003; 348(6):518-27.
3. De Sanjosé S, Diaz M, Castellsagué X, Clifford G, Bruni L, Muñoz N, et al. Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 2007 Jul;7(7):453-9
4. De Sanjosé Llongueras S, García García AM.: Virus del papiloma humano y cáncer : epidemiología y prevención : prevención del cáncer de cuello uterino en España. *Sociedad Española de Epidemiología*;4
5. De Sanjosé S, Almirall R, Lloveras B, Font R, Díaz M, Muñoz N, et al. Cervical papillomavirus infection in the female population in Barcelona, Spain. *Sex Transm Dis.* 2003;30:788-93.
6. Pérez-Gómez B, Aragonés N, Pollán M, Suarez B, Lope V, Yacer A et al. Accuracy of cancer death certificates in Spain: a summary of available information. *Gac Sanit.* 2006; 20:108.
7. Markowitz LE, Dunne EF, Saraiya M, Lawson HW, Chesson H, Unger ER. Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep* 2007 Mar 23;56(RR-2):1-24 *Epidemiología*: 2006. Monografía de la
8. American Academy of Pediatrics. Committee on Infectious Diseases. Red book : enfermedades infecciosas en pediatría. 27ª ed. Buenos Aires [etc.] : Médica Panamericana, 2007:576-580
9. Bosch Fx (Ed.) Vacunas VPH y cribado en la prevención del Cáncer de cuello uterino. *Vaccine* 2006; 24 (supl. 3).

AUTOR/ES:

Clara González-Formoso, M^a Carmen Velicia Peñas, Marta Iglesias Crespo, M^a Sonia Estévez Rodríguez, M^a Antonia Carballo Silva, M^a Victoria Martín Miguel, Juan Manuel Sánchez Lastres, Ana Gorís Pereiras, Ana Carrera Rodríguez

TÍTULO:

EVENTOS ADVERSOS EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

TEXTO DEL TRABAJO:

ANTECEDENTES: Uno de los ejes de la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que los tratamientos y los cuidados que reciban los pacientes no les supongan ningún daño, lesión o complicación evitables. A este interés han contribuido de manera decisiva la publicación del informe del Instituto de Medicina de los EEUU "To error is human" y la creación por parte de la OMS de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente. El Ministerio de Sanidad, por su parte, ha situado a la seguridad del paciente como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad, quedando así reflejado en la estrategia nº 8 del Plan Nacional de Calidad.

La mayoría de los estudios publicados tratan sobre la frecuencia de los EA ligados a la asistencia, su efecto en los pacientes, el impacto en los sistemas de salud y la necesidad de su estudio, en el entorno hospitalario. Empiezan a verse experiencias en otros niveles asistenciales como el de Atención Primaria (AP), el nivel más frecuentado por la población (España presenta las cifras de frecuentación más altas de Europa) y, por tanto, en donde existe gran riesgo de que se produzcan eventos adversos (EA).

Hasta la fecha se han realizado pocos estudios en el ámbito de la AP y muchos menos en el campo de la Pediatría, lo que nos ha motivado la realización de este proyecto.

OBJETIVOS:

Objetivos general: Mejorar el conocimiento en seguridad de pacientes en AP y aumentar el número de profesionales implicados.

Objetivos secundarios:

- 1) Identificar los EA derivados de la asistencia sanitaria en las consultas de Pediatría de AP.
- 2) Estimar su frecuencia.
- 3) Identificar las características del paciente y de la asistencia en los pacientes con EA.
- 4) Estimar el impacto de la asistencia en los EA, distinguiendo los evitables de los que no lo son.

HIPÓTESIS: Basándose en los antecedentes del Estudio APEAS: Estudio sobre la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008), nuestra hipótesis de trabajo es que los sucesos adversos pueden alcanzar, al menos, al 4% de los usuarios en edad pediátrica atendidos en AP y que al menos un 40% de ellos pueden ser evitados.

METODOLOGÍA: Hemos utilizado la misma metodología del Estudio APEAS.

Sujetos de estudio: Todos los pacientes en edad pediátrica (0-15 años) que acudan, por cualquier causa, a las consultas de Pediatría de AP del Área Sur de la provincia de Pontevedra, durante el periodo de registro (primera quincena de marzo 2008).

Diseño: Estudio observacional de tipo transversal.

Ámbito de estudio: Centros de salud del Área Sur de la provincia de Pontevedra que cuenten con servicio de Pediatría (37).

Muestra: De participación voluntaria, compuesta por 43 pediatras (60%) y 43 enfermeras (79%).

Variables resultado:

1. Incidente: situación imprevista que, por casualidad o por una intervención realizada a tiempo, no produce daños en el paciente, pero que en otras circunstancias sí los hubiese podido producir.
2. Efecto adverso: todo accidente imprevisto e inesperado identificado en el momento de la consulta, que ha causado lesión y/o incapacidad, que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente.
3. Efecto adverso evitable: para determinar que el suceso adverso es evitable los revisores puntuarán en una escala de 6 puntos (1= no evidencia o pequeña evidencia;

6= evidencia prácticamente segura) el grado de confianza que tienen de que el EA pueda ser evitable. Se considera un punto de corte ≥ 4 para considerarlo positivo.

3. Suceso o evento adverso: conjunto de incidentes y efectos adversos.

Instrumentalización:

1.- Formulario APEAS: cuestionario elaborado a partir del realizado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington en su proyecto sobre seguridad del paciente, adaptado a las características de nuestra población.

2.- Aplicación informática para la gestión de los datos: Sistema de Vigilancia y Control de Efectos Adversos en Atención Primaria. Base de Datos SVCEA AP 1.0.

Procedimiento:

En Noviembre de 2007 se envió una carta personalizada a todos los profesionales de Pediatría de AP del Área Sur de la provincia de Pontevedra (N = 128), explicándoles el objetivo del estudio e invitándoles a participar en él. Simultáneamente nos pusimos en contacto por teléfono para confirmar la notificación postal. En el mes de Enero se convocó, mediante carta, correo electrónico y fax, a dos talleres formativos sobre seguridad de pacientes.

El período de registro incluyó las dos primeras semanas del mes de marzo del 2008. Los profesionales que accedieron a la notificación de EA cumplimentaban manualmente el formulario cada vez que identificaban un EA en la consulta de Pediatría, de forma voluntaria y anónima, durante el periodo de registro. Posteriormente remitían los formularios por correo interno a la gerencia de AP junto con el número de consultas diarias atendidas en dicho período. Un diplomado de enfermería adiestrado, fue el encargado de volcar los registros en la aplicación informática utilizada en el Estudio APEAS (Base de Datos SVCEA AP 1.0).

Análisis de los datos:

Descripción de las variables mediante los estadísticos más apropiados a su naturaleza, tipo y escala de medida. Se realizó un análisis descriptivo, presentándose el porcentaje correspondiente para las variables cualitativas mientras que las variables cuantitativas se presentaron a través de medidas de centralización y dispersión. Para el análisis bivariable se utilizó Prueba de χ^2 o el Test Exacto de Fisher para las variables cualitativas y la t-Student o la U de Mann-Whitney para las variables cuantitativas (según se cumplan o no criterios de normalidad), considerando significativos valores de p menores de 0,05. El análisis estadístico fue realizado con el programa estadístico SPSS versión 14.0.

RESULTADOS: En el periodo de registro 13.021 pacientes en edad pediátrica(0-15 años) asistieron a una consulta de AP, efectuándose 128 notificaciones de EA. La prevalencia de EA fue de 8,06 ‰ (4,83 ‰ incidentes, 3,23 ‰ efectos adversos). El 60% de los EA han sido leves y el 40% moderados; no se han notificado EA graves. Con respecto al origen del EA, el 82,9% se han producido en AP, el 14,3% en el hospital y el 2,8% restante en los Puntos de Atención Continuada. El 27% de los pacientes con EA presentaban algún factor de riesgo (FR), siendo el asma el FR intrínseco más prevalente y la distocia social como único FR extrínseco; el 64% de los pacientes con algún FR presentaron efectos adversos moderados. Al explorar la gravedad por la categoría profesional, existen diferencias significativas ($p < 0,001$), habiendo notificado los pediatras mayor número de efectos adversos moderados que las enfermeras. El 74,3% de los EA se consideraron evitables (82% de los leves y 62% de los moderados). Agrupando los factores causales que han generado los EA, en el 38,1% de los pacientes su EA ha estado relacionado con la gestión; le siguen los relacionados con la comunicación (24,8%), medicación (17,1%), diagnóstico (15,2%), cuidados (10,5%) y en el 9,5% existían otras causas. Entre los factores relacionados con la gestión destaca la citación errónea; en los relacionados con la comunicación la relación médico-paciente; con la medicación la dosis incorrecta; con el diagnóstico el error diagnóstico y con los cuidados los manejos inadecuados del paciente y de la técnica. La multicausalidad está presente en el 18% de los EA notificados. Con respecto a la atención que recibió el paciente a consecuencia del efecto adverso, en el 47,6% la atención sanitaria no se vio afectada, en el 48,6% se resolvió en AP y en el 3,8% se derivó a Atención Especializada.

DISCUSIÓN: Los resultados obtenidos nos hacen pensar que la práctica clínica en Pediatría de AP parece segura, con una frecuencia de EA baja y predominando los de carácter leve, pero no nos podemos olvidar que el 74% de los EA son evitables, por lo que debemos dedicar esfuerzos a su prevención.

Tampoco hay que olvidar que los efectos adversos graves son el pináculo de una amplia base de efectos adversos leves e incidentes, y estos últimos tienen un proceso causal común a los leves y graves, por lo que el aprendizaje que se desprende de su análisis es también útil para los efectos que producen lesiones o muerte

Los factores causales identificados coinciden con la taxonomía para el estudio de los EA en AP propuesta en otros trabajos. Si bien en dichos estudios los relacionados con la medicación ocupan el primer lugar en orden de importancia, en nuestro caso, al tratarse de población joven donde es excepcional la polifarmacia, se encuentra en tercer lugar, superándolo los relacionados con la gestión y con la comunicación. Destacar la gran capacidad resolutoria del primer nivel asistencial, ya que sólo una pequeña parte de pacientes con EA tuvo que ser derivado al hospital.

Los efectos no deseados secundarios a la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados; a las consecuencias personales en la salud de los pacientes por estos daños hay que añadir el elevado impacto económico y social de los mismos. Establecer una cultura en seguridad de pacientes, centrada en el aprendizaje a partir de incidentes y efectos adversos en contraposición a la cultura de culpa y el reproche, permite mejorar la calidad de los servicios sanitarios, mediante el conocimiento de los EA que se producen en los procesos de atención sanitaria.

Creemos que la realización de este trabajo ha proporcionado la introducción de los profesionales de Pediatría de AP en la seguridad de los pacientes, estrategia prioritaria en las políticas de calidad de la Sanidad.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Bañeres J, Cavero E, López L, Orrego C, Suñol R. Sistemas de Registro y Notificación de Incidentes y Eventos Adversos. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.
2. Khon LT, Corrigan JM, Donaldson MS eds. To error is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press, 2000.
3. Leape L, Brennan T, Laird N, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practise Study II. N Eng J Med 1991; 324:377-84.
4. Department of Health. An Organization with a memory. The Stationery Office. London 2000.
5. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. Med J Aust 1995; 163(9): 458-76.
6. Aranaz JM, Aibar C, Gea MT, León MT. Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. Med Clín (Barc) 2004; 123(1): 21-5.
7. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional sobre Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2006.
8. Aranaz JM, Limón R, Requena J, Gea MT, Núñez V, Bermúdez MI, Vitaller J, Aibar C, Ruiz P, Grupo de trabajo del proyecto IDEA. Incidencia e impacto de los Efectos Adversos en dos hospitales. Rev Calidad Asistencial, 2005; 20(2): 53-60.
9. Woods D, Thomas E, Holl J, Altman S, Brennan T. Adverse events and preventable adverse events in children. Pediatrics 2005;115:155-160.
10. Borrel F, Páez C, Suñol R, Orrego C, Gil N, Martí M. Errores clínicos y eventos adversos: percepción de los médicos de Atención Primaria. Aten Primaria 2006; 38: 25-32.
11. Woods DM, Thomas EJ, Holl JL, Weiss KB, Brennan TA. Ambulatory care adverse events and preventable adverse events leading to a hospital admission. Qual Saf Health Care 2007; 16:127-131.
12. Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.

AUTOR/ES:

Hernández Pérez MC, Díaz Gómez NM, Romero Manzano A, Rodríguez Pérez V, González Pérez D, Jiménez Sosa A.

TÍTULO: Programa de intervención educativa sobre Lactancia Materna en escolares**TEXTO DEL TRABAJO:**

Después de más de medio siglo, trabajando en la recuperación de la cultura de la Lactancia Materna (LM) quizás es hora de plantearse un cambio de estrategia. Los conocimientos y actitudes que adquirimos en las primeras etapas de nuestra vida son los que vamos a incorporar en nuestro comportamiento social. La elección del tipo de alimentación del primer hijo se decide antes del embarazo y en función de las experiencias cercanas y de la información obtenida de fuentes no profesionales. Esto tiene como consecuencia que en el momento elegido, hasta ahora, para promocionar la LM exista una carga de sabiduría popular en la mayoría de los casos negativa hacia la alimentación natural. que hace fracasar la política de fomento del tema que nos ocupa. Tiene que haber una base de conocimiento avalado científicamente, para que los futuros padres, puedan decidir con criterio a pesar de los tabues e informaciones erróneas que reciban.

OBJETIVO

El objetivo principal fue evaluar la eficacia que tiene un programa de intervención educacional para mejorar los conocimientos y actitudes de los jóvenes sobre la LM.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se realizó con alumnos de 3º y 4º de la Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO), de ambos sexos, pertenecientes a centros escolares públicos, subvencionados y privados durante el curso académico 2007/2008 en la Isla de Tenerife.

Diseño

Estudio de intervención educativa (intervencional pre-post), controlado y aleatorizado.

Sujetos del estudio

917 alumnos, 496 en el Grupo Experimental (GE) y 421 en el Grupo Control (GC).

Los alumnos fueron asignados de forma aleatoria al grupo experimental o al grupo control. Previa explicación del propósito del estudio se pasó un cuestionario a ambos grupos para poder valorar los conocimientos previos y las actitudes que tenían los jóvenes sobre la LM.

A las 4 semanas, este mismo cuestionario se pasó de nuevo a todos los alumnos, tanto al GC como al GE para medir la eficacia del programa educativo.

Intervenciones

El plan de acción que se realizó con el GE incluyó la realización de las siguientes actividades: 1) Se impartió una charla interactiva dirigida a alumnos y tutores sobre la importancia de la LM. 2) Se distribuyó un folleto informativo elaborado para este estudio y adaptado a la edad de los escolares. y 3) Se realizaron actividades lúdicas: video, relatos cortos y teatro.

1.- La charla, de una hora de duración, fue impartida por tres de los miembros del equipo de investigación usando la misma presentación de Power Point y con los mismos contenidos. En ella se abordaron los siguientes puntos:

a) La importancia de promocionar la lactancia, algo que hacen todos los mamíferos por instinto y que no necesita aprendizaje. Se habló de la posible pérdida de este instinto innato por la evolución de los homínidos y la bipedestación. Se documentó este hecho con imágenes de mujeres lactando en todos los países subdesarrollados y en vías de desarrollo. Si no fuera por la LM, los niños de estos países no tendrían otra manera de subsistir, no existe la alternativa de ir a la farmacia y comprar leche de fórmula o, si la tienen, las condiciones económicas e higiénicas no son las adecuadas y las tasas de morbi-mortalidad son muy altas, mueren alrededor de 1.300.000 niños al año.-

b) Las principales causas que han dado lugar al abandono de la lactancia en los países desarrollados: la incorporación de la mujer al trabajo, el traslado de los partos de los domicilios a los hospitales y el auge de las industrias farmacéuticas junto con la publicidad. Dos generaciones no han amamantado a sus hijos, se ha perdido este hábito transmitido tan sabiamente de madres a hijas. Antes las familias eran extensas y ver algún bebé lactando era una imagen cotidiana, se aprende imitando. Tras los cambios sociales de principio del siglo XX, la imagen que existe para imitar y que se potencia con la publicidad e incluso con los juegos infantiles, es la alimentación artificial.

c) Los beneficios que aporta la LM para el RN: la idoneidad de su composición, aporte de defensas, prevención de enfermedades y fomento del vínculo afectivo. Sobre las ventajas para la madre que lacta se destacó la menor incidencia de cáncer de mama y ovarios y la mejor recuperación tras el parto.

El objetivo del apoyo multimedia de la charla fue normalizar la imagen de un bebé mamando y modificar el rol sexual del pecho. Para ello se utilizaron 30 diapositivas en las que se veían bebés de diferentes edades y razas, en algunos casos alimentándose al pecho y en otros disfrutando del contacto con la piel de su madre. Para recalcar la condición de mamífero también se expusieron fotos de animales alimentando a sus cachorros. Como muestra de que en otras épocas la lactancia materna era asumida como algo natural por todos los sectores de la sociedad, se incluyeron diapositivas de vírgenes lactando. En todos los casos las expresiones de madres e hijos son de felicidad, las imágenes apelan a la ternura, con lo que se consiguió captar la atención del grupo y que la participación fuera mayor. Una sucesión de fotos de un parto les llevó a la conclusión espontánea de que el contacto piel a piel era lo natural y la separación de madre-hijo se vivió como algo traumático.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

La comparación de las proporciones de respuestas correctas entre los grupos experimental y control antes y después de intervenir se llevó a cabo con la prueba de Chi-cuadrado.

La comparación de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario entre ambos grupos se realizó con la t de Student.

El análisis estadístico se llevó a cabo con el paquete de estadístico SPSS 11.0. (SPSS Inc. Chicago, Il). Se consideró significativo los contrastes con valor de probabilidad inferior a 0,05.

RESULTADOS

La edad media de los alumnos encuestados fue de 14,6 años (rango 13-19), 48,5% varones y 51,3% mujeres. La profesión del padre (clasificación de Álvarez-Dardet) fue clase I 23,6%, clase II 17,4%, y clase III-IV 48,9%. No hubo diferencias entre ambos grupos en estas variables. De los 444 (89,7%) del GE que recibieron Lactancia Materna, sólo 148 conocían la duración de la misma. Así mismo, en el GC el 89,4% (372) recibieron LM de pequeños y conocían la duración 132 alumnos. La duración media de ambos grupos fue de 7,9 meses.

Se comprobó que el programa educativo fue eficaz porque el porcentaje de respuestas correctas se incrementó de forma estadísticamente significativa. Cuando se preguntó si todas las mujeres tenían leche después de tener un hijo, respondieron de forma incorrecta el 44,6% en la preintervención, este porcentaje disminuyó a 8,2% tras el programa educativo (GC: 46,1-34,8%) $p < 0,0001$. Los adolescentes que respondieron correctamente sobre el tiempo que debe ser alimentado un bebé al pecho ascendió de un 15,9% a un 70,4% en el GE frente al GC en el que los porcentajes fueron de 14,7-24,3%. $p < 0,0001$. La conveniencia de dar suplementos de biberón después del pecho descendió de un 35,2% a 12,9% en el GE (GC: 37,3-33,3%) $p < 0,0001$. Los alumnos que consideraban que dar biberón era más fácil que dar de mamar después de la intervención se redujo de un 56,7% a un 35,7% en el GE (GC: 57,4-48,4%) $p < 0,0001$.

El porcentaje de jóvenes que pensaba que no era correcto que las madres alimentaran a sus hijos en público bajó de un 26,9% a un 15,2% en el GE (GC: 32- 25,1%) $p < 0,001$. Hubo cambios en la respuesta a ¿Cada cuánto tiempo tiene que mamar un bebé?, respondieron adecuadamente después del programa un 83,6% de los alumnos del GE en relación al 25,8% de respuestas acertadas del cuestionario pre intervención (GC: 24,5-37,9%) $p < 0,0001$. La recomendación de dejar al recién nacido con su madre después del parto ascendió de un 71,1% a 95,6% en el GE (GC: 72,3-81,3%) $p < 0,0001$. El porcentaje de jóvenes que no conocía ningún otro beneficio de la LM salvo el nutritivo, después de la intervención descendió del 43% a 16,3% (GC: 42,3-31,8) $p < 0,0001$. El 35,1% de los alumnos del GE en el cuestionario pre intervención opinaba que amamantar no estropea el pecho, esta cifra se incrementó a un 50,1% después de la actividad educativa (GC: 39,1-35,4%) $p < 0,0001$.

DISCUSIÓN

Nuestros resultados demuestran que esta intervención desarrollada en el ámbito escolar contribuye a aumentar el interés, la motivación y los conocimientos sobre la LM y de esta manera mejorar el estado de salud de los niños del futuro. No debemos limitarnos a informar. Nuestro objetivo debe ser formar en actos de salud. Hay que incorporar imágenes de niños lactando para normalizarlo en nuestra vida cotidiana. Socializar la lactancia. Crear actitudes positivas sobre la lactancia materna que reforzadas, se van a mantener a lo largo de la vida, que serán referente para otros grupos o generaciones, compitiendo así con la cultura del biberón.

BIBLIOGRAFÍA:

- * Bottaro SM. Avaliação de estratégia para promoção do aleitamento materno em escolas do ensino fundamental. Portal Alegre RS Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.
- * Esteban Saiz ML. La adolescencia de ahora, la maternidad del futuro. En: Calama JM, Aguayo J. (ed). Libro de Actas del II Congreso Español de la Lactancia Materna. Gráficas Carrel. Sevilla 2002: 161.
- * Hernández Pérez MC, Romero Manzano AM, González Pérez MD, Rieder E, Padrón García B, Jiménez Sosa A, Díaz Gómez NM. Promoción de la lactancia materna en la adolescencia. En: Díaz Gómez NM y Lasarte JJ (eds). Libro de Actas del IV Congreso Español de Lactancia Materna. Ergon. Tenerife 2006: 67.
- * Mejias Ortíz MA, Machado Fernández A. La lactancia materna como experiencia educativa en educación secundaria y bachillerato. En: Lozano MJ (ed). Libro de Actas del III Congreso Español de Lactancia Materna. Ergon. Santander 2004: 104.
- * Mejias Ortíz MA, Machado Fernández A. La lactancia materna como proyecto de innovación educativa: mujeres, maternidad y trabajo en los cinco continentes. En: Díaz Gómez NM y Lasarte JJ (eds). Libro de Actas del IV Congreso Español de Lactancia Materna. Ergon. Tenerife 2006: 103.
- * Muñoz Garcí MD, Prior Martínez G, Cortada S, Falguera Puig.G. La lactancia natural vista por los niños. En: Calama JM, Aguayo J. (ed). Libro de Actas del II Congreso Español de Lactancia Materna. Gráficas Carrel. Sevilla 2002: 169.
- * Rodríguez Plasencia MC, Curbelo Rodríguez M, Delgado Ramos O, García de Is Santa Cruz N, Devora Hernández Josefa del Pino, Rodríguez Aguiar C y col. La alimentación del recién nacido según los escolares de primaria. En: Díaz Gómez NM y Lasarte JJ (eds). Libro de Actas del IV Congreso Español de Lactancia Materna. Ergon. Tenerife 2006: 89.
- * Swanson V, Power K, Kaur B, Carter H, Shepherd K. The impact of knowledge and social influences on adolescents' breastfeeding beliefs and intentions. Public Health Nutr 2006; 9 (3): 297-305.

:

AUTOR/ES:

López Cortés C, Mena Checa P.

TÍTULO:

PH-METRÍA ESOFAGICA DE 24 HORAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.

TEXTO DEL TRABAJO:**INTRODUCCIÓN.**

La ph-metria esofágica es una de las pruebas más fiables para el estudio del reflujo Gastroesofágico (RGE). Consiste en medir el pH en el extremo distal del esófago durante las 24 horas del día y en cualquier actividad, situación o posición del niño.

El RGE consiste en el paso del contenido gástrico al esófago y se conoce como Enfermedad por RGE (ERGE) los síntomas y signos que ello conlleva. Las manifestaciones clínicas de la ERGE consisten en: vómitos, ganancia ponderal escasa, disfagia, dolor abdominal, o subesternal y esofagítis; siendo también frecuentes las manifestaciones extradigestivas, especialmente respiratorias como laringitis, neumonías de repetición y bronquitis.

Las Indicaciones para la realización de la pHmetría están establecidas por la Sociedad Internacional de Gastroenterología Pediátrica (NASPGAN) y las podemos concretar en 3 situaciones:

- 1.- Cuando existen síntomas sugestivos de RGE y la evolución no es favorable a pesar de un tratamiento correcto.
- 2.- Cuando quiere establecerse la posible relación entre el RGE y los síntomas extradigestivos, especialmente respiratorios.
- 3.- Para control de la eficacia del tratamiento de RGE, médico o quirúrgico.

EL OBJETIVO.

Revisión de la pH-metria como prueba diagnostica, así como su fiabilidad y la seguridad de la misma en el estudio del RGE en la infancia. Queremos identificar los casos correspondientes a causas respiratorias y los debidos a problemas digestivos. Finalmente revisaremos su incidencia en función del sexo del paciente, utilizando para ello nuestra experiencia en el servicio de Cirugía Pediátrica.

MATERIAL Y MÉTODO.

El diseño del estudio es de tipo descriptivo-retrospectivo durante un periodo de 12 meses realizado en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Infantil Universitario "Virgen de la Arrixáca" El Palmar (Murcia).

El estudio se ha realizado sobre una muestra de 100 pacientes con edades comprendidas entre 1 mes y 12 años; remitidos a la consulta de cirugía pediátrica por cuadro de vómitos y/o procesos respiratorios de repetición con sospechas fundada de posible RGE y que fueron ingresados para la realización de pHmetría. La base de datos para dicho estudio han sido obtenidas a través de las historias clínicas del servicio de archivos de este hospital.

Las variables del estudio son: edad, sexo, Indicación de la exploración (digestiva y/o respiratoria) y resultados de la pHmetria (normal o patológica).

Se han utilizado sondas de pH-metría de cristal de antimonio que se sitúa bajo control radiológico y manométrico en el esófago distal a unos 3 cm del esfínter esofágico inferior; dicho electrodo se conecta a un unidad de almacenamiento de datos tipo Holter con programa para identificar las distintas situaciones o eventos que se van produciendo durante la exploración.

A fin de evitarlos falso resultado positivos o negativos la prueba debe realizarse en el momento que no incidan sobre el paciente otros proceso intercurrentes y que en los días previos no reciba alimentos excesivamente ácidos o graso. Entre 48-72 hora antes de la realización debe retirarse la medicación antirreflujo, antiácida y protectora gástrica que pudiera estar recibiendo

Además del registro que recoge el pH-metro, la enfermera lleva otro registro manual en el que hace constar:

- Horario de las comidas. Inicio y final.
- Horario de los periodos de supino. Inicio y final.
- Horarios de sueño.
- Vómitos (si se han producido).
- Otras posibles incidencias

Esto es importante ya que el pH puede sufrir variaciones dependiendo de situaciones diversas, como frecuencia y tipo de alimentación, posición del paciente, irritabilidad del mismo etc.

Antes de retirar el electrodo deben revisarse los registros y en caso de duda, se comprobará radiológicamente el correcto emplazamiento del mismo.

Dentro de los parámetros estudiados en cada paciente, el INDICE DE REFLUJO es el parámetro más importante y el que mayor validez tiene en la práctica diaria; refleja el % de tiempo que el ácido permanece en el esófago. La gravedad del Reflujo puede clasificarse según este parámetro en: LEVE (IR 5-10%), MODERADO (IR 10-20%), SEVERO (IR > 20%).

Hemos considerado NORMALES las exploraciones cuando se dan los siguientes parámetros:

- Los episodios de reflujo no superan los 20 durante las 24 horas.
- Los reflujos de duración superior a los 5 minutos no son significativos, produciéndose 1-2 como máximo durante todo el registro.
- El IR es leve o normal con registros inferiores al 10%.

RESULTADOS.

De los 100 pacientes estudiados, en 3 casos no pudieron valorarse los resultados por fallos técnicos o mala colaboración del paciente o de los padres. De los 97 restantes, 51 lo fueron por patología digestiva (vómitos crónicos principalmente), 40 por problemas respiratorios y 6 por problemas digestivos /respiratorios.

De los 97 casos validados para el estudio, presentaron RGE con criterio patológico en 45 casos: En función de la patología por la que fue indicada la realización de la pHmetría hemos obtenido los siguientes resultados: problemas digestivos con reflujo patológico en 24 casos(47.05%). Los pacientes con problemas respiratorias mostraron un estudio patológico en 20 casos(50%), mientras que los pacientes con problemas digestivos / respiratorios solo presentaron un estudio patológico en 1 caso(16.5%)

En función del sexo, los 45 casos con Reflujo gastroesofágico patológico corresponden a 27 niñas(60%); 18 niños (40%)

DISCUSIÓN:

Nuestra revisión muestra que los casos con patología digestivas y respiratorias en la que se sospechaba que fueran debidas a la existencia de RGE, menos del 50% reunen criterios pHmétricos anormales, lo que pudiera indicar una falta de criterios adecuados para la realización del estudio pHmétrico.

En cuanto al tipo de patología, la pHmetría se ha mostrado con valores patológicos con una incidencia prácticamente similar en los dos grupos estudiados. Aunque el estudio arroja una mayor frecuencia de pHmetría patológica en niñas(60%), no tiene valor significativo.

Considerada como la mejor prueba para el estudio del RGE ácido, la pHmetría no carece de ciertos inconvenientes, como el no ser una exploración totalmente fisiológica, a la vez que no es capaz de detectar el reflujo alcalino. Al mismo tiempo, la intensidad de la enfermedad por reflujo no se relaciona en muchos casos con los datos de la pHmetría.

A la vista de nuestros resultados, concordantes con otros trabajos similares, pensamos que se deben de filtrar mejor las indicaciones para realizar una pHmetría, dado que no es una prueba totalmente incruenta y puede conllevar algunos problemas para el enfermo.

AGRADECIMIENTOS

Dr. D. José Ignacio Ruiz Jiménez. Jefe de servicio de Cirugía Pediátrica.

Dr. D. Juan Pedro Hernandez Bermejo. Médico adjunto de Cirugía pediátrica

Servicio de Archivos y codificación.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Boix- Ochoa J. y Cols,; Twenty- four hour esophageal pH Monitoring in gastroesophageal reflux. J Pediatr Surg 1980; 15:74-8.
- 2.- Cucchiara S. y cols, .Value of the 24 hour intraoesophageal pH monitoring in children. Gut 1990; 31:129-133.
- 3.- Davies AEM, Sandhu BK. Diagnosis and treatment of gatro-oesophageal reflux. Arch Dis Child 1995; 73: 82-86.
- 4.- Bardaji C. y cols, : Estudio de la función esofágica mediante pHmetría intraluminal prolongada en pacientes afectos de Reflujo Gastroesofágico y manifestaciones respiratorias. Cir Ped 1989; 2:117-21.
- 5.- Eizaguirre I, Tovar JA, Empananza J. Estudio clínico y pHmétrico del reflujo gastroesofágico en niños con manifestaciones respiratorias. An Esp Pediatr 1989; 30: 451-6.
- 6.- Peña L. Correlación entre neumopatías crónicas y reflujo gatroesofágico. An Esp Pediatr 1997; (S95): 31-34.
- 7.- Davies AEM, Sandhu BK. Diagnosis and treatment of gatro-oesophageal reflux. Arch Dis Child 1995; 73: 82-86.
- 8.- Colletti RB, Christie DL, Orenstein SR. Statement of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition (NASPGN). Indications for Pediatric esophageal pH monitoring. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1995; 21: 253-62.
- 9.- Vilar Escrigas P.J. Regurgitación y reflujo gastroesofagico. Anales de Pediatría 2002; 56:151-163.

Mesa de comunicaciones 35 / Concurrent session 35: Cuidados críticos y emergencias / Critical and emergency care

AUTOR/ES:

Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe
Institution: Escola Superior de Saúde of the Instituto Politécnico de Leiria – Portugal
email: manjos@esslei.ipleiria.pt

TÍTULO:

Patient readmission to the emergency service

TEXTO DEL TRABAJO:

Background. Hospital readmissions contribute significantly to the cost of medical care, and may reflect unresolved problems at discharge or a lack of resources in post-hospital care. More than 50% of total hospital admissions are readmissions. Because the factors contributing to these readmissions are multiple, and research findings are not conclusive, it is important for nurses to understand the key factors behind them.

Objectives: The purpose of this research is to determine the rate of patient readmission to the emergency service, identify its causes; identify knowledge, needs and difficulties of the health carers at the emergency service and during the health support provided to the patient at home.

Methods: A two phases longitudinal study was applied. The first phase took place when the patient and caregiver left the hospital and, the second, 30 days after the patient is already at home.

Sample: 198 patients and their informal caregivers, who resorted to the emergency services of two hospitals in central Portugal during the months of April to September, 2007. A questionnaire was the used data-collecting instrument and it included variables on the socio-demographic characteristics of the professional, patient and caregiver, a health history of the patient and caregiver, knowledge, needs and difficulties of the care provider and information on the support provided by primary care health professionals to the patient and caregiver.

Findings:

The findings of this study are:

- From the 198 patients surveyed, 64.1% (127) didn't return to the hospital as opposed to 35.9% (71) who had an average readmission time of 10.6 days (SD = 8)
- 43,3% (55) of the non readmitted patients are man and 56,7% (72) are woman. For the readmitted patients, 59,2% (42) are women and only 40,8% (29) are man. These differences ($\chi^2 = 0,035$; $p < 0,766$), however, don't allow to refer patient genre as a cause of readmission.
- Comparing the age of the readmitted and non readmitted patients, it was verified that the first ones presented an higher average age (average 76,3; SD=14) than the second ones (average=72,5; SD=18), however these differences don't have a statistical meaning ($U=4186,000$; $Z=-0,834$; $p=0,404$). This variable was not determinant in readmission
- 62.2% (79) of the non readmitted and 40.8% (29) of readmitted patients had a severe degree of dependence. The degree of dependency is a predictive factor in readmissions ($\chi^2 = 9,461$; $p < 0,009$). In this study, non readmitted patients present the highest degree of dependency
- Comparing the age of the readmitted and non readmitted patients caregivers, it was verified that the first ones presented an higher average age (average=59,9, SD=13,8) than the second ones (average=57,9;SD=11,8), however these differences don't have a statistical meaning ($U=4073,000$; $Z=-1,127$; $p= 0,260$). This variable was not determinant in readmission

- 85.8% (104) of the non readmitted patients caregivers are women and only 14.2% (18) are man. For the readmitted patients, 80,3% (57) are women and only 19,7% (14) are man. These differences ($\chi^2 = 0,665$; $p = 0,321$), however, don't allow to refer caregiver genre as a cause of readmission.
 - Carers were living with the patient in 79.5% of the non readmitted and in 73.2% of readmitted patients.
 - 27.6% (35) of the non readmitted and 33.8% (24) of the readmitted patient caregivers reported not having sufficient knowledge to take care of their family. Carers exposed many difficulties mainly at the level of patient care (for 63% of the non readmitted and 50% of the readmitted patients).
 - The biggest concerns presented by the carers are related to the satisfaction of basic human needs (38,1% of the readmitted and 31% of the non readmitted patients), the lack of knowledge to deal with the sickness (22,2% of the readmitted and 25.7% of the non readmitted patients), the lack of physical conditions to provide care (5,5% of the readmitted and 6,8% of the non readmitted patients), medication (3.9% of the readmitted and 16,2% of the non readmitted patients) and the lack of support (15% of the readmitted and 6,8% of the non readmitted patients)
 - Despite these difficulties, only 59% of the non readmitted and 30% of readmitted patients received home visits from nurses of primary care.
 - The support provided by health centre nurses are essentially of two types: practices/procedures and health education. 49.3% (104) of the responses from the non readmitted patients caregivers outlined the support on practices and technical procedures and 50.7% (107) on education (Food / diet; mobilisation, as care; satisfaction of the activities of daily living; how to administer medication, prevention of pressure ulcers; monitor and manage diabetes and insulin; care of the oxygen at home). Regarding the responses of the readmitted patients caregivers, 64.5% (74) were related to practices and technical procedures (being the most frequent the replacement of probes) and education (the same as for the non readmitted patients) with 35.1% (40)
 - In both patient scenarios, caregivers expressed a high need of financial support.
- Conclusions: The results of this study indicate that the needs are multiple and complex and these results can help nurses to further specialize their interventions to the specific patient and caregivers needs and thus help to prevent the need for readmissions.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Chuang, Kung-Yang ; Ma, AHS Ai-Hsuan Sandra; Chen, Yh Yu-Hui ; Wu, CL Chen-Long, Wu, SC Shwu-Chong. Identifying factors associated with hospital readmissions among stroke patients in Taipei. *Nurs Res.* 2005, Jun; 13:117-28
- (2) Downing, Amy; Wilson, Richard. Older people's use of Accident and Emergency services. *Age and Ageing.* 2005, 34: 24-30
- (3) Martin-Gill, C.; Reiser, R.C. Risk factors for 72-hour admission to the ED. *The American journal of emergency medicine.* 2004; (22) 6 : 448-53
- (4) Proctor, Enola K.; Morrow-Howell, Nancy ; Li, Hong ; Dore, Peter. Adequacy of home care and hospital Readmission for elderly congestive heart failure patients. *Health & Social Work.* 2000; 25(2): 87-97.
- (5) Shyu Yea-Ing, Lotus; Min-Chi, Chen; Hsiao-Chin, Lee. Caregiver's needs as predictors of hospital readmission for the elderly in Taiwan. *Social science & medicine.* 2004; 58(7): 1395-1403
- (6) Wong, Frances Kam Yuet; Ho May ; Chiu Iry ; Wai Kong, Lui; Chan, Cecilia ; Kit Ming Lee. Factors Contributing to Hospital Readmission in a Hong Kong Regional Hospital – A Case-Controlled Study. *Nursing Research.* 2002; 51(1) 40-49

AUTOR/ES:

Rodríguez Bouza M, Péculo Carrasco JA, González Posada F, Rodríguez Ruiz HJ, Martínez Faure JE, García Pelayo JA.

TÍTULO:

APORTACIONES DE LOS PROFESIONALES DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS SOBRE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES ASISTIDOS

TEXTO DEL TRABAJO:

Estos resultados forman parte de un proyecto de investigación aprobado por el Fondo de Investigación Sanitaria, del Instituto de Salud Carlos III (nº exp. PI070680).

La percepción de calidad ha sido ampliamente estudiada y se considera que viene condicionada por múltiples factores, y sobre todo por las expectativas que sobre el servicio tenga cada usuario. Pero, en el ámbito de la seguridad, la percepción de los usuarios ha sido poco explorada. La “Estrategia para la Seguridad del Paciente” persigue incrementar la seguridad como componente crítico de la calidad, facilitando la participación y decisión de los ciudadanos, y su transición como elemento pasivo a elemento activo que contribuye a minimizar sus propios riesgos. Con esta perspectiva el equipo investigador se dispuso a cuantificar, ya en 2005, la percepción de seguridad en la asistencia extrahospitalaria, mediante una escala que contaba con una razonable validez de contenido, pero no había sido validada. Con el objetivo de diseñar y validar una herramienta para medir la seguridad percibida por los pacientes trasladados a hospital tras demandar asistencia sanitaria urgente, se interrogó la experiencia experta de los propios profesionales involucrados.

OBJETIVOS. Conocer las aportaciones de los profesionales de urgencias y emergencias extrahospitalarias acerca de la seguridad de los pacientes asistidos. **MATERIAL Y MÉTODO.** Estudio exploratorio que utiliza metodología cualitativa basada en grupos focales. Se incluyeron a todos los profesionales de urgencias y emergencias extrahospitalarias, durante cuatro meses de 2008. Se realizó muestreo intencional no probabilístico, siguiendo criterios pragmáticos (facilidad y factibilidad de los contactos, interés por el tema, accesibilidad...), definido por la variable estructural “Tipo de recurso”, que hacía referencia a quién había asistido y trasladado al paciente. Se realizaron 3 grupos focales por cada uno de los tres segmentos obtenidos, a fin de alcanzar la saturación de la información. Las sesiones de discusión, de 90 minutos aprox., se realizaron siguiendo un guión preestablecido, y fueron grabadas en vídeo y audio, con el oportuno consentimiento de los participantes y garantía de la confidencialidad de los datos y opiniones. Las reuniones fueron conducidas por una moderadora con experiencia en conducción de grupos, no conocida previamente por los participantes, buscando la participación e interrelación espontánea. Además se recogieron las impresiones de una observadora durante las reuniones. Ambas eran ajenas a la labor asistencial del Servicio Provincial 061 de Cádiz. El análisis de los datos cualitativos se realizó mediante transcripción completa de la grabación, validación de la transcripción y análisis de discurso: construcción de categorías y diferenciación de las categorías previas (aportadas por un grupo de expertos) de las emergentes.

RESULTADOS. Las categorías principales encontradas fueron Comunicación, Calidad Científico-Técnica y Equipamiento. Con respecto a la Comunicación, destaca la información anticipada como elemento generador de seguridad (“...una cosa importantes es dar mucha información, que el paciente sea el centro, que entienda que todo el equipo está trabajando por él...”). Con respecto a la Calidad Científico-Técnica, los enfermeros le dan una gran importancia a las técnicas para reducir la ansiedad, el apoyo emocional, la presencia y la actitud serena (“...una cosa importante es estar tranquilo nosotros, y mostrar esa tranquilidad...”). Por último, con respecto al Equipamiento, los profesionales manifestaron dos cuestiones importantes: saber buscar alternativas cuando algo falla sabiendo mantener una actitud de control, y extremar el control de riesgos durante el transporte en camilla/silla de evacuación.

DISCUSIÓN. Los profesionales consideran la actitud serena como uno de los componentes de la Calidad Científico-Técnica, al relacionarlo como un abordaje profesional, a diferencia de los pacientes asistidos, que lo ven como Trato Humano (amabilidad, simpatía...). Por otra parte, resulta llamativo que los profesionales dan mucha más importancia a la categoría Equipamiento, cuestión que casi pasa desapercibida para los propios pacientes.

BIBLIOGRAFÍA:

- [1] Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 Informe. Febrero 2006 © Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. Centro de publicaciones
- [2] Estrategia en seguridad del paciente. Recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005. Ministerio De Sanidad Y Consumo. Secretaría Genera De Sanidad. Agencia De Calidad Del Sistema Nacional De Salud
- [3] World Alliance for Patient Safety: forward programme. 2005 World Health Organization ISBN 92 4 159244 3 (NLM classification: W 84.7)
- [4] Estrategia para la seguridad del paciente. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 2006.
- [5] JCAHO Bibliografía: Failure Mode and Effects Análisis. <http://www.jcaho.org/accredited+organizations/patients+safety/fmeqa/failure+mode+and+effects+analysis.htm>
- [6] Torres L, Morales JM, Rodríguez S, Castillo JI. Estimación de la incidencia de respuestas humanas en el paciente crítico. *Tempus Vitalis*, 2002; 2(2).
- [7] Astolfo MD. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. *Revista Colombiana Médica*, vol. 36, Num. 2, 2005, pp. 130-133.
- [8] AHRQ Quality Indicators – Guide to Patient Safety Indicators. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2003. Version 2.1, Revision 3, (January 17, 2005). AHRQ Pub.03-R203
- [9] Duarte G, Aguirre-Jaime A. Enfermera amable, paciente satisfecho. Validación de una nueva escala de la satisfacción de los usuarios. *Enfermería clínica*, 2003, 13(1): 7-15.
- [10] Alonso E, Pozo C, Martínez JJ. Percepción de riesgo: una aproximación psicosocial al ámbito laboral. *Revista del INSHT*, 2002, nº 18, pp. 16-20.
- [11] Péculo Carrasco, JA; Rodríguez Bouza, M; Jiménez Cordero, JP; Rodríguez Ruíz, HJ; Mendoza Corro, MA; Gómez Escorza, J. Seguridad Percibida En Pacientes Traslados En Ambulancia Tras Demandar Asistencia Sanitaria Urgente. *TEMPUS VITALIS* 2006; 6(1): 21-22.

Mesa de comunicaciones 36 / Concurrent session 36:

Práctica clínica

AUTOR/ES:

Luengo, T(a); Martínez, M(b); Acevedo, M(c); Conde, M(d); de la Fuente, C(e); Guerra, JM(f);
Sánchez, S(g); Rubio, C.(h).
a,b:Formación e Investigación DOE,
c,d,e,f:Supervisores de Hospitalización g,h:Departamento de Formación RRHH

TÍTULO:

Favorecer la Seguridad del Paciente mediante la evaluación de los indicadores del protocolo de higiene

TEXTO DEL TRABAJO:**Resumen:**

Con el objetivo general de aumentar la cultura de seguridad del paciente entre el colectivo de Enfermería se diseña un estudio de intervención para desarrollar en las unidades de hospitalización médica y quirúrgica del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA), de Madrid, que se lleva a cabo entre los meses de Enero a Junio de 2008.

Palabras Clave: Seguridad del paciente, evaluación, indicadores, higiene.

Introducción:

La Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA) del Reino Unido, en su documento "La seguridad en siete pasos"(1) propone como paso número 1 "Construir una cultura de seguridad". A su vez la OMS en el documento "La alianza mundial por la seguridad del paciente" establece 10 áreas de trabajo a partir del 2007 en adelante, siendo la primera de ellas "Atención Limpia es Atención Segura" y la décima "Diseminación del conocimiento"(2,3). Y la Agencia Nacional de Calidad plantea "Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria" como primer punto para el desarrollo de la Estrategia nº 8 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud: "Mejorar la Seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS"(4).

Justificación:

A la vista de estas directrices, el equipo investigador se propone realizar un estudio de intervención que tenga como objetivo principal la difusión de la Cultura de Seguridad entre el colectivo de enfermería, contemplando los siguientes objetivos específicos:

- Efectuar la evaluación de los indicadores de proceso del "protocolo de higiene del paciente", implementado en el hospital en el año 2004 y revisado en Septiembre de 2005.
- Establecer y desarrollar una estrategia de intervención para mejorar los puntos críticos detectados en este proceso de evaluación.
- Valorar la intervención realizada.

Material y Métodos: Se desarrolla en tres fases:

A: Pre-evaluación:

1. Se estableció una estrategia de evaluación del protocolo de higiene, mediante la medición de sus indicadores de proceso. Para ello se consensó por parte de los miembros del equipo:

a. Los indicadores que serían objeto de evaluación, eligiéndose 9 indicadores de entre los 11 propuestos por el protocolo de Higiene.

b. La forma de realizar la evaluación mediante observación directa de los criterios planteados para la medición de los indicadores.

2. El entrenamiento de los supervisores de las unidades de Hospitalización, como responsables del proceso de evaluación, para realizar la observación de forma dirigida y consensuada a fin de evitar la variabilidad del observador.

3. Se diseñó una base de datos en Microsoft Access 2003, en la que se recogían 24 variables iniciales que permitían medir los 9 indicadores propuestos.

4. Se estableció el tiempo de evaluación: Enero - Abril de 2008.

5. Se estableció el ámbito de evaluación: Unidades asistenciales de hospitalización médica y quirúrgica del HUFA.

6. Se consensuó un muestreo secuencial de 2 observaciones por observador/mes.

B: Intra-evaluación:

1. Observación, recogida de datos e implementación de la base diseñada.

2. Análisis preliminar de 10 casos para valorar y mejorar el consenso en la observación.

3. Análisis de los datos totales para determinar el grado de cumplimiento de los indicadores, mediante el paquete estadístico SPSS 15 para Windows.

4. Diseño de un indicador global que permitiese al equipo investigador la difusión de los resultados de una forma concreta y accesible al colectivo profesional que resultó estar más representado en la evaluación del protocolo de higiene: Los técnicos en cuidados auxiliares de Enfermería (TCAE)

5. Establecer las necesidades de mejora.

C: Post-evaluación:

1. Se diseñaron las acciones para la mejora:

• Se diseñó el curso "El TCAE y la Seguridad del paciente", que fue acreditado por la Agencia Laín Entralgo y se desarrolló en el mes de Junio de 2008.

• Se propuso a la Comisión de Calidad de Cuidados la difusión de pósters del Observatorio Regional del Riesgo Sanitario.

• Se diseñó y difundió la alerta de la Comisión de Calidad de Cuidados del mes de Febrero dedicada a la Higiene Pre-quirúrgica.

2. Se valoraron las acciones planteadas.

Resultados:

A. Los indicadores de proceso evaluados han sido:

1. Se prepara todo el material necesario antes de comenzar el procedimiento: 61,9%.

2. Se realiza una adecuada hidratación de la piel tras el lavado: 46,2%.

3. Las uñas están cortas y limpias: 73,8%.

4. La higiene bucal se realiza después de cada comida: 78,1%.

5. Se sigue el procedimiento descrito en el protocolo con respecto a la secuencia del aseo: 95,1%.

6. Se sigue el procedimiento descrito en el protocolo con respecto al nº de esponjas utilizadas: 43,9%.

7. Se sigue el procedimiento descrito en el protocolo con respecto al secado de la piel del paciente durante el aseo: 82,1%

Hubo dos criterios cuyo grado de cumplimiento fue escaso: el procedimiento descrito en el protocolo con respecto al aclarado del paciente durante el aseo y el lavado del cabello.

B. Las necesidades de mejora detectadas están relacionadas con la higiene de manos (guantes y lavado de manos) y uso de protectores de vestimenta sanitaria durante la higiene del paciente.

C. Los resultados del indicador global expresaron una nota de aprobado con Media de 5,35 y DE:1,59. Si bien, obtienen entre notable y aprobado el 82,3% de ellas.

D. La evaluación por parte del alumnado del curso impartido, estableciendo un rango de puntuación de 0 a 10 puntos, fue:

Contenidos del curso: 8,42.

Aprovechamiento del curso: 8,95.

Documentación y soporte pedagógico: 8,35

Organización del curso: 8,33.

Valoración del profesorado: 8,96.

Valoración global del curso: 8,79.

Discusión

En nuestro estudio se observa como áreas de mejora la correcta utilización de los guantes y delantales. La evidencia nos muestra el papel que desempeñan los guantes y los delantales de los trabajadores sanitarios como mecanismos de transmisión de infecciones nosocomiales.

Un estudio demostró que el 40% de los delantales se contaminaron tras el cuidado de pacientes colonizados con SAMR o Enterococcus resistente a vancomicina (VRE) y que el uso de delantales realmente previene la contaminación de los uniformes o ropa de trabajo(5).

Sabemos que la mejora en la formación de los profesionales sanitarios incide positivamente en la calidad de los cuidados que brindan(6). La Enfermería basada en la evidencia (EBE) nos proporciona las bases para ofertar esos cuidados de calidad, pero algunos miembros del colectivo enfermero tienen mayores dificultades para acceder a las fuentes de esa evidencia, sin embargo sus actuaciones tienen repercusiones directas en los resultados de salud de los pacientes, por lo que precisan acciones especiales para fomentar las prácticas seguras y basadas en la evidencia desde su desempeño. Del proceso de evaluación se evidenció que la categoría profesional con mayor grado de participación en la higiene del paciente es el TCAE y teniendo en cuenta que las actividades relacionadas con la higiene constituyen el mayor porcentaje del tiempo asistencial del TCAE, se desarrolló la estrategia de intervención que incidiera en fomentar la Seguridad del paciente mediante el desarrollo de Prácticas Seguras en los cuidados relacionados con la higiene, haciendo especial énfasis en difundir los conocimientos y procedimientos para que adquieran la competencia en prestar un atención segura mediante una atención limpia.

Conclusiones:

El desarrollo de este estudio de intervención asociado al proceso de evaluación favorece la difusión de la cultura de seguridad del paciente entre el colectivo de enfermería, ya que el propio proceso de evaluación y el diseño de las acciones que se sucedieron llevadas a cabo por el equipo investigador, mejoran su formación y capacidad de transmisión en materia de Seguridad y las acciones de mejora desarrolladas alcanzan no solamente al alumnado del curso impartido sino también al resto del colectivo enfermero, en los aspectos relacionados con la difusión tanto previa como posterior del mismo a través de la intranet y el correo institucional.

Ante la buena aceptación del curso nos planteamos el desarrollo de nuevas acciones formativas relacionadas con el mismo, que incidan en la difusión de las áreas de mejora detectadas.

BIBLIOGRAFÍA:

(1)<http://82.223.161.224/MS-C-Tutoriales/MS-C-CD1/pdfs/UNIDAD1.pdf>

(2)OMS http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/es/index1.html

(3)World Health Organization, La Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, Estrategias de la OMS en Seguridad del Paciente. Disponible en:[<http://www.who.int/patientsafety>]

(4)Plan de Calidad del sistema Nacional de Salud. Disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pncalidad_02.htm]

(5)Muto CA, Jernigan JA, Ostrowsky BE, Richet HM, Jarvis WR, Boyce JM, et al. SHEA guideline for preventing nosocomial transmission of multidrug-resistant strains of Staphylococcus aureus and enterococcus. Infect Control Hosp Epidemiol 2003 May;24(5):362-386.

(6)Segovia C.,Navalpotro S.,Nivel educativo de las enfermeras de hospital y mortalidad de pacientes quirúrgicos,ENFERMERÍA CLÍNICA. 2005;15(2):103-5.

AUTOR/ES:

Vázquez Sánchez O, González Gutiérrez-Solana R, Uriel Latorre P, Rimada Mora D, Vázquez González G, Carrajo García L, Broullón Molanes FJ

TÍTULO:

Aplicación del Business Intelligence para el análisis de las cargas asistenciales de enfermería del C.H.U. A Coruña

TEXTO DEL TRABAJO:

1. Introducción

Hasta el año 1996 en España no existía ninguna base de datos normalizada y los registros derivados de la actividad asistencial de enfermería variaban en grado de normalización, institucionalización, cantidad, calidad y lenguaje. Además no existía ninguna referencia a los tiempos de enfermería dedicados al cuidado directo del enfermo. A la medición de estas cargas de trabajo de los cuidados de enfermería se llega con estudios y experiencias realizadas en distintos momentos y lugares como los Proyecto SIGNO I y II [1,2], el Proyecto Plaisir (Canada) [3] o el Proyecto NIPE (Ministerio de Sanidad y Consejo de Enfermería).

La resultante ha sido una base de datos clínica en la que todos los datos están definidos, organizados y codificados acorde al modelo de cuidados de Virginia Henderson y cada una de las actividades de enfermería definida en el manual de usuario, con el procedimiento si es el caso, definido el personal que la realiza y los tiempos de enfermería que se utilizan en su realización. Esta base de datos clínica normalizada se ha ido implantando paulatinamente en las distintas Unidades de Enfermería del Complejo a través del sistema informático Gestión Asistencial de Cuidados de Enfermería Línea Abierta (GACELA) que ha permitido sustituir los registros en papel por su representación electrónica. En el ámbito del Servicio Galego de Saúde está siendo utilizado en sus 14 hospitales con 196 unidades de enfermería y gestionando alrededor de 7.500 camas. Actualmente se encuentra funcionando en más de 70 hospitales de la red pública española lo que constata su aplicabilidad e importancia.

2. Objetivos

El objetivo principal que se perseguía con la realización de este proyecto era explorar las posibilidades de los datos generados por el Módulo asistencial del programa de GACELA. Como caso particular del análisis de la información, se planteó la realización de un estudio para, a nivel hospitalario, evaluar las cargas asistenciales de las intervenciones que la enfermería realiza en el cuidado de los pacientes con Accidente Cerebro Vascular (ACV) viendo la influencia en las variables del tipo de ACV, la Unidad de Enfermería en la que se ha atendido el paciente, para estudiar si existen diferencias significativas desde los cuidados que se aplican a estos pacientes. A partir de este análisis se han evaluado los planes de cuidados aplicados, los diagnósticos y las acciones que se han confirmado para cada uno de los pacientes. Además se perseguía la obtención de una herramienta basada en tecnologías de Business Intelligence para la realización futuros análisis.

3. Métodos

El método aplicado ha sido la realización de un estudio piloto descriptivo retrospectivo. Su ámbito han sido los episodios de hospitalización con fecha de ingreso entre el 01/01/2003 y el 31/12/2005 en el C.H.U. A Coruña y con diagnóstico médico principal de ACV (según la clasificación CIE-9-MC). Después de aplicar los criterios de exclusión, el tamaño ha sido de 1973 episodios.

Las variables de estudio han sido: Episodio; Días de estancia; Turno; Diagnóstico médico principal; Actividad (Agrupación de las acciones de enfermería en actividades independientes (14 Necesidades de Virginia Henderson), Actividades Dependientes (Medicación y Pruebas) e Interdependientes (Vigilancia y Control)); Unidad de Enfermería y URV (Carga de trabajo de enfermería medida en Unidades Relativas de Valor para cada una de las acciones que realiza la enfermería).

Este estudio no requería la recogida de datos adicionales ya que se trata de trabajar con los ya generados a lo largo del periodo de estudio a través de su agregación. Para posibilitar el análisis de los datos se ha construido un almacén de datos (Datawarehouse) en el que se han homogeneizado y depurado. Posteriormente se ha desarrollado un modelo multidimensional que permite un acceso ágil y adecuado a toda la información generada por los sistemas informáticos de las unidades de enfermería.

4. Resultados

Se ha realizado un análisis descriptivo de la carga asistencial (URV's: Unidades Relativas de Valor medidas en minutos) con cálculo de medidas de centralización y dispersión. Todos los tests se han realizado con un planteamiento bilateral y considerando significativos valores de $p < 0.05$. El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS 14.0.

Parte de los resultados obtenidos en el estudio indican que la muestra procede de una población con una mediana de la carga de trabajo de enfermería por Episodio de 28,42 horas y de 2,66 horas por día de ingreso. La carga de trabajo de enfermería es diferente en los distintos turnos dedicándose 13,49, 6,24 y 8,41 horas en los turnos de mañana, tarde y noche respectivamente.

El diagnóstico médico modifica la carga de trabajo de enfermería (URV) por episodio ($P < 0.005$). Si tomamos de referencia la mediana, el tiempo de enfermería de atención directa por episodio y diagnóstico médico agrupado es mayor en los pacientes con diagnóstico de Hemorragia Intracerebral (431) con 2851,8 URV y menor en los diagnósticos agrupados de Oclusión y estenosis con infarto cerebral (433.XX) con 1276,8 URV, Trombosis cerebral con Infarto cerebral (434.01) con 1623 URV y Enfermedad cerebrovascular mal definida (436) con 1059,6 URV.

Al 99,85% de los pacientes analizados se le han realizado acciones enfermeras independientes relacionadas con las 14 necesidades de enfermería, al 93,87% con actividades dependientes y al 98,63% con vigilancia y control. Existen diferencias estadísticamente significativas entre la carga de trabajo para cada uno de los tipos de actividad.

5. Discusión y Conclusiones

El sistema desarrollado es una herramienta de monitorización de la organización, basada en una serie de indicadores y perspectivas de negocio. Podríamos decir que proporciona una fotografía que permite examinar como estamos cumpliendo hoy nuestros objetivos a medio y largo plazo. Para enfocar esa fotografía previamente es necesario definir los indicadores de negocio, la estructura del mismo y los objetivos estratégicos en las diferentes perspectivas de que consta el cuadro de mando.

En el CHUAC se considera que es posible aprovechar la potencia de los sistemas de BI para analizar los datos asistenciales. Se ha desarrollado un proyecto que ha obtenido como resultado una mejor representación de la información de las Unidades de Enfermería y que permite un análisis más exhaustivo y detallado en función de parámetros estudiados y controlados. Estos elementos proporcionan una mejora sustancial de la situación actual.

En este cuadro de mandos puede analizarse tanto la actividad de enfermería como los planes por tipos, los diagnósticos, los registros especiales (úlceras, vías, escalas,...). También muestra información de gestión como turnos, coste de personal, suministros o el coste por actividad. Además ha sido realizado un estudio de la carga de trabajo que supone para la enfermería la atención de los episodios de ACV y se ha comparado en función de diversos parámetros que se han considerado de interés.

El uso de estas herramientas nos está permitiendo plantear una atención de más calidad, unificando criterios de cuidados para pacientes con necesidad de cuidados parecidas. Esto puede suponer una clasificación diferente de pacientes en Unidades de Cuidados similares, lo que permitiría una mejor utilización del conocimiento de los profesionales y de las cargas de trabajo. El aprovechamiento de la información que este tipo de sistemas nos puede proporcionar, nos llevaría en el futuro a poder comparar en distintas unidades los mejores resultados con distintas intervenciones enfermeras para un mismo problema detectado y así utilizar la mejor evidencia de la práctica obtenida a partir de bases de datos reales.

* Agradecimientos

Este trabajo ha sido financiado por el proyecto PI06/90549 del Instituto de Salud Carlos III.

BIBLIOGRAFÍA:

- [1] Porras de Larrinaga S., Nogueira Loro P., Gómez Pérez FJ., González-Quijano Díaz A. El proyecto SIGNO II. Re: Rol de enfermería nº 232, dic 1997: 73-77.
- [2] Brea Rivero P., Pérez Polo Y. Implementación del modelo SIGNO II para la gestión analítica de enfermería. Re: Metas Enfermería, dic-ene; II(21): 33-38.
- [3] Tilquin, C. et al., (1988). "PLAISIR - Un Sistema de Evaluación Continua", Revista Rol de Enfermería, #119-120, 36-38.

<p>AUTOR/ES: Albar Marín, M^a Jesús; Morano Báez, Rocío; Prieto Guerrero, M^a Milagros y García Nieto, Alejandro Antonio.</p>
<p>TÍTULO: Elaboración de Buenas Prácticas en Prevención del Absentismo en Enfermería. Puesta en marcha de acciones.</p>
<p>TEXTO DEL TRABAJO:</p> <p>La tasa relativamente alta de absentismo en el personal de enfermería constituye un problema para los gestores de recursos humanos, porque además de los costes económicos que supone incide negativamente en la calidad asistencial. El absentismo se define como la ausencia justificada en el puesto de trabajo, debido a la incapacidad prolongada o permanente para trabajar como resultado de una enfermedad o dolencia (1). Diversos estudios ponen de manifiesto la relación entre características organizacionales y absentismo (2). En concreto, en enfermería se destacan como variables relevantes la presión en el trabajo, la falta de apoyo, control, autonomía, y reconocimiento profesional, la sobrecarga laboral, el conflicto de roles, y la “doble jornada”, al ser una población mayoritariamente femenina (3). Dichas características se relacionan con el absentismo de manera indirecta a través de la generación de estrés laboral, que puede tener un fuerte impacto en la salud mental y física de los profesionales (4).</p> <p>En la población de enfermería, los modelos que se han utilizado para explicar la relación entre las características organizacionales y estrés han sido el de Esfuerzo-Recompensa (5) y el de Demanda-Control-Apoyo (6; 7). En base a estos modelos se han diseñado estrategias de prevención primaria (modificación de características organizacionales, reestructuración y rediseño del trabajo), secundaria (desarrollo de estrategias de afrontamiento) y terciaria (rehabilitación de daños asociados al estrés). Sin embargo, a pesar de resaltar la importancia de las características organizacionales en la generación del estrés y el absentismo, la mayor parte de las intervenciones llevadas a cabo en organizaciones hospitalarias, se han diseñado desde una perspectiva individualista, ignorando las condiciones psicosociales del contexto laboral y centrándose fundamentalmente en medidas de vigilancia y control. Estas intervenciones no han tenido impacto sobre las políticas, prácticas de trabajo y cultura de la organización, contribuyendo a perpetuar las fuentes de estrés medioambientales (8). Por ello es necesario llevar a cabo intervenciones que presten más atención a los aspectos colectivos, contextuales, culturales e históricos en la generación del estrés y el absentismo (2).</p> <p>Objetivos</p> <p>La meta de este proyecto es desarrollar una “buena práctica” basada en la evidencia, orientada a prevenir el absentismo en el personal de enfermería del hospital Virgen Macarena de Sevilla, mediante el control de los factores psicosociales de riesgo. Para ello nos planteamos tres objetivos: 1) Proponer un modelo alternativo al tradicional para actuar frente al estrés ocupacional que: a) se centre en el cambio organizacional y no en estrategias de afrontamiento a nivel individual, y b) contextualice los problemas sobre los que intervenir y las prácticas a desarrollar. 2) Determinar las situaciones concretas que causan estrés en el personal de enfermería. 3) Desarrollar acciones para el cambio de manera colaborativa entre investigadores y diferentes miembros de la organización hospitalaria (personal de enfermería asistencial, supervisores y dirección)</p> <p>Hipótesis</p> <p>La implementación de actividades ajustadas a las características de la población de estudio, diseñadas en colaboración con ella, y orientadas a controlar los factores de riesgo psicosocial, reducirá las tasas de prevalencia e incidencia del absentismo.</p> <p>Método</p> <p>Diseño: pretest-postest con grupo control. Desarrollo de una práctica guiada por los principios de la metodología de Investigación Acción Participativa. Supone la puesta en marcha de acciones para el cambio organizacional, resaltando la participación activa de los profesionales. Consta de varias fases: 1) Identificación de necesidades; 2) Priorización de problemas; y, 3) Decisión e implementación de acciones. Se pone especial énfasis en la evaluación de necesidades de carácter participativo, la implicación de los diferentes niveles jerárquicos en su desarrollo y, el proceso de</p>

análisis crítico necesario para la propuesta y la puesta en marcha de acciones.

Ámbito de estudio: ocho unidades asistenciales del HVM, cuatro controles y cuatro experimentales.

Sujetos de estudio: personal de enfermería, diplomado y auxiliar, y supervisores que trabajan en las unidades seleccionadas.

Recogida de datos: en la fase de identificación de necesidades, la información se ha obtenido atendiendo a los criterios de necesidad expresada, normativa y percibida (9).

A) Necesidades expresadas: Base de datos GERHONTE del Sistema de Salud Público de Andalucía.

B) Necesidades normativas: Cuestionario Ista 21 completado por el personal de enfermería hospitalaria de las ocho unidades participantes en el estudio. Para entregar el cuestionario se establecieron reuniones con el personal, en las que se les proporcionaba una breve explicación sobre el proyecto y el cuestionario. Además, permitieron comenzar a establecer relaciones de confianza necesarias para el desarrollo del trabajo colaborativo.

C) Necesidades percibidas: Entrevistas semiestructuradas llevadas a cabo con los supervisores y grupos de discusión con el personal de enfermería (diplomado y auxiliar) de las unidades experimentales.

Análisis de datos: mediante la aplicación del Ista-21, y el Atlas.ti.

Resultados

En la primera fase, análisis de necesidades, se cuantificó el absentismo mediante la base de datos GERHONTE. Los datos obtenidos en el HVM para los meses del año 2005 (año anterior al inicio del estudio), nos muestran una tasa de incidencia de absentismo situada en un rango de 17,49% - 5,28% en diplomados de enfermería, y 24,59% - 8,76% en auxiliares de enfermería. Posteriormente, se obtuvo un listado de situaciones causantes de estrés en el contexto hospitalario. Para ello, se utilizó el cuestionario Ista-21 con el que se realizó una aproximación general a los factores que causan estrés en el trabajo. Se entregaron 81 cuestionarios, a aquellas profesionales que llevaban al menos un año en la unidad y accedían a participar (firma de consentimiento informado) de los que se recogieron 33 cumplimentados correctamente (tasa de respuesta del 40,74%). De las 21 dimensiones medidas por el cuestionario, se obtuvieron como problemáticas (porcentaje de trabajadores expuestos a la situación más desfavorable superior a 33,3%) las relacionadas con las exigencias psicológicas, el conflicto de roles y la estima. Por su parte las favorables (porcentaje de trabajadores expuestos a la situación más favorable superior a 33,3%) son las relacionadas con apoyo social en la empresa y calidad de liderazgo. Estas características, en un segundo momento fueron contextualizadas por medio de entrevistas individuales a los supervisores de las unidades experimentales y grupos de discusión con el personal de las mismas. Como resultado de la contextualización, se obtuvo un listado con 22 situaciones que en la fase siguiente fueron priorizadas por el personal, en base a la importancia dada a las mismas, quedando reducidas a 4. Los resultados de esta fase muestran que las situaciones consideradas más problemáticas son similares en las tres unidades: 1) Necesidad de la presencia continua del celador en las unidades para la movilización de los pacientes; 2) Necesidad de controlar el horario de visita y el número de familiares que acompañan a los pacientes; 3) Necesidad de coordinación con el personal médico; 4) Necesidad de mejorar los registros de las actividades implantados al personal de enfermería. En la última fase, decisión e implementación de acciones, se discutieron las posibles soluciones a los problemas detectados (10), y se crearon los grupos de acción para la puesta en marcha de las propuestas. De las situaciones anteriormente descritas, se decide intervenir sobre tres: el control del número de familiares en las unidades; la presencia de celador en las unidades; y, la revisión y mejora de los registros. Al igual que se hizo con los resultados de las fases anteriores, una vez elaboradas las propuestas por el personal de enfermería, éstas fueron transmitidas a la dirección de enfermería, que autoriza la puesta en marcha de una serie de acciones con ajuste a los recursos disponibles. En la actualidad, se está llevando a cabo el control de familiares mediante la entrega de un dptico con normas a seguir y una pegatina para la identificación del cuidador principal, que es el único que debe estar en la habitación durante las horas de la mañana. En relación a los celadores, se ha introducido uno los fines de semana en una de las unidades. Por último, ha llevado a cabo la modificación de los registros de enfermería, elaborando el personal uno que será pilotado en una de las unidades participantes. Hasta la fecha, se han hecho las mediciones pretest y se están implementando acciones para el cambio organizacional.

Discusión y conclusiones

Se ha iniciado una transformación a nivel organizacional ya que se han puesto en marcha acciones para la mejora de las situaciones laborales generadoras de estrés. Se han modificado aspectos que afectan al trabajo diario en las unidades de estudio (inclusión de un celador los fines de semana; control del horario y número de familiares por paciente; modificación de los registros de actividades de enfermería), además se ha conseguido la implicación de la dirección en los cambios propuestos. Sin embargo, la relación establecida entre los diferentes niveles organizacionales se ha llevado a cabo de manera indirecta, a través de las investigadoras, lo que ha supuesto una limitación, ya que son las relaciones cara a cara las que aumentan el compromiso hacia una meta común. Hubiera sido mejor llevar a cabo todo el trabajo mediante una coalición, ya que tal como muestran algunos autores (11) son la mejor manera de crear relaciones entre diferentes grupos para la solución de un problema común y el logro de un cambio social. Por otro lado, hay que resaltar las restricciones a las que están sometidas las organizaciones públicas y que repercuten en el trabajo que en ellas se desarrolla. Entre ellas se han destacado la rigidez de los procedimientos del modelo burocrático que guía la mayoría de las organizaciones públicas (12). En este tipo de organizaciones es muy difícil llevar a cabo acciones para el cambio si este no está determinado desde estructuras superiores, debiéndose incorporar estos últimos sin restricciones. Por ello, para no atribuir a la intervención resultados que son debidos a variables no contempladas en la misma, hay que estar alerta a todos los cambios para adaptarse a ellos. En nuestro caso, el trabajo a turnos del personal y la imposibilidad de realizar reuniones fuera del horario laboral, ha hecho que dilatemos en el tiempo nuestras acciones, lo que ha supuesto que ocurran cambios en la institución (e.g. movimiento de personal asistencial y supervisores, cambios en el turno de trabajo), que con toda probabilidad influirán en nuestros resultados. Por ello, recomendamos para futuras investigaciones ajustarse a un calendario más preciso. Por último, tenemos que destacar la importancia del trabajo colaborativo, que da participación a los profesionales en la solución de sus problemas. Este aspecto ha resultado sorprendente y muy novedoso para los profesionales, que están acostumbrados a niveles de participación muy bajos en la gestión de su trabajo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Comisión Europea. Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo. ¿La «sal de la vida» o el «beso de la muerte»? Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. 2000. Recuperado el 11 de noviembre de 2007 de http://ec.europa.eu/employment_social/health_safety/docs/guidance_
2. Peiró, J.M. El Modelo AMIGO: Marco contextualizador del desarrollo y la gestión de recursos humanos en las organizaciones. Papeles del Psicólogo. 1999; 72, 3-15.
3. Gil-Monte, P.R. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. Salud Pública de México. 2002; 44(1), 33-44.
4. Moncada, S. Salud laboral. En F. Martínez Navarro, J.M. Antó, P.L. Castellanos, M. Gil, P. Maset y V. Navarro (Eds.), Salud Pública. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana. 1998.
5. Siegrist, J. Adverse health effects of high-effort/low reward conditions. Journal Occupational Psychology. 1996; 1, 27-41.
6. Karasek, R.A. Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. Administrative Science Quarterly. 1979; 24: 285-309.
7. Karasek, R.A. & Theorell, T. Healthy work. New York, NY: Basic Books. 1990.
8. Cartwright, S. y Cooper, C.L. Una estrategias organizacional integrada para reducir el estrés del puesto de trabajo. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. 1999; 15 (2), 199-208
9. Bradshaw, J. "The concept of social need". New Society. 1972; 30, 640-643
10. Suárez-Balcázar, Y. La psicología comunitaria en las comunidades Hispánicas de Estados Unidos. En A. M. Gonzalez (Ed.), Psicología Comunitaria: Fundamentos y Aplicaciones. Madrid España: Síntesis. (pp. 107- 119) 1998.
11. Berkowitz, W.& Wolff, T. The spirit of the coalition. Washington, DC: American Public Health Association. 2000.
12. McConkie, M.L. Organization development in the public sector. In E.F. Huse & T.G. Cummings. Organization development and change (3rd ed., pp. 418-426). St. Paul, MN: West. 1985.

AUTOR/ES:

Soriano Blanco, M., Palomo Lara, J.C., Romero Brioso, C., García Bernal, E., De los Reyes Machuca, R., Jiménez Gómez, S. y Morano Báez, R.

TÍTULO:

Elaboración de una Buena Práctica en Colaboración Interprofesional en Unidades del Hospital Virgen Macarena. Fase pretest.

TEXTO DEL TRABAJO:

En los últimos años, los cambios que se están produciendo en el rol de enfermería hospitalaria, han supuesto el manejo de nuevos conceptos asociados a la utilización de una metodología enfermera, de procesos asistenciales integrados y de la continuidad de cuidados. En todas las innovaciones subyace la atención integral al paciente, en la que adquiere un papel relevante la comunicación eficiente entre los profesionales y la toma de decisiones compartidas, es decir la colaboración interprofesional. La colaboración en equipos de cuidados de salud se ha definido como el proceso por el cual, profesionales interdependientes estructuran una acción colectiva a través de una información y una toma de decisiones compartidas hacia las necesidades de cuidados de los pacientes (1). En la bibliografía revisada se pone de manifiesto la importancia de la colaboración para ofrecer unos servicios de salud efectivos, eficientes para los usuarios y satisfactorios para los profesionales (2 ;3 ;4; 5). Además también se señala que el éxito de las organizaciones depende de cómo de efectivas sean las personas para trabajar en equipo. Todo ello, hace que, en la actualidad junto al nivel de habilidades, conocimientos y actitudes de los profesionales se considere esencial la colaboración entre los profesionales para prestar un servicio asistencial de calidad. Sin embargo, la complejidad y especialización de los servicios de salud, hacen que la colaboración en las organizaciones hospitalarias no resulte fácil, haciéndose necesaria la orientación de éstos hacia prácticas que favorezcan dicha colaboración. Al respecto, en 2006, se desarrollaron unos grupos focales en el hospital Virgen Macarena con auxiliares de enfermería con el objetivo de identificar las barreras para la colaboración. En ellos se ponía de manifiesto que un aspecto de gran relevancia para la calidad de los cuidados que se prestan a los usuarios es la comunicación entre los profesionales implicados en su atención. Además, destacaron una serie de factores que obstaculizan esta comunicación como son la falta de tiempo, las malas relaciones personales, la existencia de establecimientos estancos de categorías profesionales, la falta de registros adecuados y la turnicidad. Por otro lado, a pesar del amplio reconocimiento de la colaboración interprofesional como un problema en los servicios de salud, no existe bibliografía que describa ensayos de solución, por lo que la revisión de la Cochrane "Intervenciones para promover la colaboración entre enfermeras y médicos" de 2006 (6), recomienda que se establezcan intervenciones destinadas a superar las barreras de la colaboración por medio de una investigación cualitativa adecuada con médicos y enfermeras que trabajen en los servicios de salud. Esta recomendación de la Cochrane, junto a los resultados de los grupos focales, ponen de manifiesto la necesidad de este estudio, para abordar con más profundidad el tema de las relaciones de colaboración internacional y de elaborar una buena práctica dirigida a aumentarla y a minimizar los fracasos de riesgos asociados.

Objetivos

La meta de este trabajo es elaborar y desarrollar una buena práctica, orientada a mejorar el trabajo en equipo entre los profesionales de enfermería de las unidades asistenciales del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla, reduciendo los problemas relacionados con el mismo.

Los objetivos para la fase pretest son: 1) medir la satisfacción de usuarios con la atención recibida en las unidades participantes. 2) medir la intensidad de colaboración interprofesional y el nivel de satisfacción de los profesionales de enfermería, en las unidades participantes. 3) medir el número de reclamaciones y de efectos adversos en las unidades participantes. 4) sensibilizar a los profesionales de enfermería de la importancia de la colaboración interprofesional para la seguridad del paciente por medio de diferentes talleres. 4) creación de una coalición formada por profesionales de los diferentes grupos (enfermeras, auxiliares, médicos, celadores y administrativos) presentes en el medio hospitalario.

Método

La metodología empleada es la propuesta por Wandersman (2003) y que se denomina Getting to Outcomes (GTO) (7) que supone la sistematización de la intervención social orientada a la "obtención de resultados" permitiendo diseñar, implementar y evaluar buenas prácticas ajustando las acciones a las poblaciones específicas, de un modo integral formativo y participativo. Todo ello se hace mediante un proceso de Investigación Acción Participativa, a través del cual, los profesionales junto a los investigadores participan en todas las fases.

Sujetos de estudio: personal de enfermería y pacientes de las unidades asignadas como experimentales y controles, que cumplan los siguientes criterios de inclusión: a) aceptar voluntariamente a participar en el estudio previa información oral y por escrito del estudio y firma del consentimiento informado elaborado a tal efecto; b) tener más de 18 años; y c) no presentar déficit cognitivos.

Variables del estudio: Variable Independiente. Conjunto de actividades implementadas en las unidades experimentales dirigidas a aumentar la colaboración interprofesional. Dichas actividades serán diseñadas en el transcurso de los talleres de sensibilización y formación en colaboración interprofesional, por una coalición formada por distintos profesionales implicados en la atención al paciente.

Variables dependientes: a) satisfacción de usuarios; b) reclamaciones; c) efectos adversos; d) satisfacción de los profesionales (Cuestionario de Font Roja); e) nivel de colaboración interprofesional ("intensidad de colaboración entre los profesionales de la salud").

Variables de control: sociodemográficas de profesionales y usuarios.

Resultados

Hasta la fecha se han medido las variables dependientes (satisfacción de usuarios, satisfacción de los profesionales y nivel de colaboración interprofesional) en la fase pretest, previa a la implantación de las actividades dirigidas a aumentar la colaboración interprofesional. En relación a la satisfacción de los usuarios se han recogido un total de 34 cuestionarios cumplimentados por el propio paciente (32,4%) o por un acompañante (58,8%), siendo la mayoría de los encuestados mujeres (55,9%) y con edades comprendidas entre los 46 y 65 años (32,4%). Valoran la información recibida entre buena y muy buena en un 88,2% en el caso de los médicos, y un 100% con respecto a enfermería. También consideran que la forma en la que se dirigen a ellos es buena (32,2%) o muy buena (64,7%). En cuanto a la identificación de los profesionales si bien un 64,8 % se distribuye entre las respuestas buena y muy buena, hay que resaltar que un 35,3% considera que ésta es mala, muy mala, o ni buena ni mala. En cuanto a la preparación del personal la consideran muy buena. Lo que recibe puntuaciones más bajas es la valoración del tiempo de espera (55,9% entre las respuestas ni buena ni mala y mala) y la valoración de las instalaciones (ni buena ni mala en un 30,3%). En cuanto a los profesionales, en relación a la colaboración interprofesional aunque puntúan como alto en grado de colaboración en el equipo (bastante = 46,7%) consideran que las relaciones entre diferentes grupos están jerarquizadas (80% entre intermedio y bastante) y que el grado en que se comparten las responsabilidades en el equipo es regular (37,5%). Por último en relación a la satisfacción con el trabajo, las dimensiones del cuestionario Font Roja han obtenido las siguientes puntuaciones medias: Satisfacción con el trabajo: 3,16 (DT = 0,37); monotonía laboral: 2,35 (DT = 0,26); competencia profesional: 2,82 (DT = 0,19); tensión en relación con el trabajo: 2,14 (DT = 0,45); presión en el trabajo: 2,80 (DT = 0,54); relaciones con los compañeros: 3,18 (DT = 0,39); características extrínsecas: 2,61 (DT = 0,59); y relaciones con los superiores: 3,77 (DT = 0,43).

Además los profesionales de las unidades experimentales han realizado los talleres programados para sensibilización y formación en colaboración interprofesional (habilidades comunicativas, seguridad del paciente, trabajo en equipo, sesiones clínicas, proceso enfermero, indicadores de calidad percibida y afrontamiento de situaciones de estrés). La coalición ha sido convocada y en ella participan los integrantes del grupo de investigación, así como auxiliares, diplomadas en enfermería, celadores y médicos relacionados con las unidades que forman parte del estudio.

Discusión y conclusiones

De los resultados obtenidos en esta fase pretest se desprende que los pacientes están satisfechos con el trabajo realizado por los profesionales, aunque éstos consideran que la colaboración entre los diferentes grupos no es tan positiva como debiera por estar muy jerarquizadas. En relación a la satisfacción de los profesionales en su trabajo, dado que la mayoría de las dimensiones del Font Roja han puntuado por debajo de 3, podemos concluir que se encuentra por debajo de la media, algo que pretendemos mejorar con el desarrollo de las actividades que se implementarán en la segunda fase. De este modo, este proyecto servirá para aumentar la seguridad de los pacientes y su satisfacción con la atención que reciben. Respecto a los profesionales, el aumento en la intensidad de la colaboración, repercutirá en una mayor satisfacción laboral. Para las unidades, en su conjunto, supone aumentar la calidad de los procesos que se desarrollan en las mismas.

BIBLIOGRAFÍA:

1. D'Amour D. Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de sante premiere ligne au Québec. (Tesis Doctoral). Universidad de Montreal. 1997.
2. Bagss J.G. Schmitt MH . Collaboration between nurses and physicians Image J Nurs Sch. 1988; 20 (3): 145-149
3. Drotar D. Reflections on interdisciplinary collaboration in the new millenium: perspectives and challenges. J Dev Beba Pediatr. 2002; 23:175-180.
4. Evans JA. The role of the nurse manager in creating on environnement for collaborative practice. Holist Nurs Pract. 1994; 8(3): 22-31.
5. Robinson, D. & Kish, C. Core concepts in advanced practice nursing. St. Louis: Mosby Inc. 2001.
6. Zwarenstein M, Bryant W. Revisión Cochane traducida "Intervenciones para promover la colaboración entre enfermeras y médicos" de 2006
7. Chinman, M., Imm, P., Wandersman, A. y De la Torre, A. (2004) Getting to Outcomes: Promoting Accountability Through Methods and Tools for Planning, Implementation and Evaluation. En www.rnad.org. (Traducido al español por Julieta Gómez González).

AUTOR/ES:

Company MC1, Viera D2, Izquierdo MD1, Baraza A3, Batista A4, Cabrera MI5, Cairos L6, Chinea MC7, Santana I1.

TÍTULO:

Un acercamiento a los intereses, formación y experiencias en investigación en enfermeras de las instituciones asistenciales

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción

Actualmente la investigación en enfermería necesita desarrollarse para dar respuesta al nivel de las expectativas que se originan desde los planes de atención a las personas, y cuyo fin es el aumento de la calidad de los cuidados en todos los ámbitos asistenciales, Atención Primaria y Especializada, así como en la Seguridad del Paciente.

El Consejo Internacional de Enfermeras (1999) en su Declaración de posición del CIE sobre Investigación de enfermería expone que: "La práctica basada en la investigación es la característica fundamental de la enfermería profesional. La investigación de enfermería, cualitativa y cuantitativa, es de importancia crítica para una atención de salud de calidad y eficiente en costos" y para ello identifica en dos amplios sectores las prioridades de la investigación de enfermería referentes a los fenómenos que interesan a ésta. Para todo ello el CIE propone una serie de estrategias que deben favorecer esa investigación en el plano internacional y han de crear y sostener la base de conocimientos para la práctica de la enfermería.

Por otro lado, y teniendo en cuenta el objetivo estratégico del Plan Canario I+D+i que recoge entre sus objetivos: "Incrementar las capacidades y la calidad del sistema canario de ciencia, tecnología e innovación" y "Apoyar a los grupos de investigación emergentes y las ideas y proyectos innovadores, creando espacios, modalidades e instrumentos para ello", se constituye en el Servicio Canario de la Salud una Comisión de trabajo para impulsar la Investigación en Enfermería y con ello la Investigación en Cuidados, siendo su objetivo principal proponer una estrategia para el impulso y la coordinación de la formación, divulgación y motivación en investigación a nivel de la Comunidad Autónoma, así como la implementación de los resultados en la práctica cotidiana de los cuidados de enfermería.

El trabajo de esta Comisión parte con la recogida y análisis inicial de información, desde las perspectivas de las propias enfermeras, sobre la realidad de la investigación en cuidados, siendo la presentación de estos datos el objeto de este artículo, que ayuden a proponer las acciones a desarrollar, a nivel de la Comunidad Autónoma y de una manera coordinada, que permitan impulsar la investigación en cuidados desde la formación, el trabajo de campo y la implementación de resultados en la práctica clínica.

Objetivos:

Conocer e identificar en las enfermeras que trabajan en instituciones asistenciales públicas:

- nivel de formación complementaria y específica en investigación
- experiencias de realización y divulgación de trabajos de investigación
- frecuencia de lectura de revistas científicas áreas y temas prioritarios en investigación

Material y Método

Estudio epidemiológico descriptivo transversal cuyo universo fueron todos los profesionales de enfermería que trabajan en instituciones públicas de la Comunidad Autónoma de Canarias.

Canarias dispone de 105 zonas básicas de salud con 251 centros de salud y consultorios periféricos así como de 9 hospitales en su red pública siendo los de mayor capacidad y recursos los situados en las islas capitalinas. El número de profesionales de enfermería que trabajan en la Comunidad es de 5.963 repartidos entre 7 áreas de salud, correspondiendo cada una de ellas a una isla del archipiélago.

No se ha realizado técnica de selección muestral debido a que la tasa de respuesta en estudios precedentes realizados ha sido baja, siendo el muestreo utilizado intencional.

Durante los meses de junio a septiembre se pasó un cuestionario autocumplimentable, que fue elaborado por el grupo impulsor y consta de 16 preguntas cerradas y una abierta y donde se exploraron, además de las variables sociodemográficas y ámbito de trabajo:

§ Formación complementaria y específica en investigación. § Áreas de cuidados en las que ya se está investigando. § Publicaciones sobre trabajos de investigación. § Proyectos financiados con participación de enfermeras como investigadores. § Frecuencia de lectura de revistas científicas.

§ Áreas de mayor prioridad para investigar. § Interés por investigar y en qué temas concretos.

El cuestionario se envió a las Direcciones de Enfermería de cada una de las instituciones acompañándolo con una carta donde se especificaban los objetivos del trabajo y se adjuntaban las instrucciones para el volcado de los resultados.

Para el análisis de las preguntas cerradas se utilizó el programa estadístico SPSS v.12 y para las preguntas abiertas se realizó una categorización de respuestas.

A su vez se elaboró otro cuestionario que se envió a las Gerencias de cada Área de Salud -Anexo 2-, con el fin obtener información sobre los diferentes recursos de apoyo a la investigación: de tipo formativos, infraestructura (unidades de investigación o unidades técnicas), de acceso a bases de datos y a revistas, o de incentivos propios para la investigación...

Resultados:

Se recogieron un total de 1.524 cuestionarios que representa un 25,6% de la población, la edad media fue de 35,34 años con una desviación típica de 9,1 años. El 79,7% eran mujeres. Un 88,6% desarrollan su actividad en el campo asistencial. En cuanto a formación, el 54,1% finalizaron sus estudios de enfermería antes de 1996, el 8,9% ha realizado un máster, 3,2% tiene una licenciatura y 1,01% tiene el doctorado o está en fase de doctorando. El 91,9% de los encuestados no tiene formación en investigación y del 8,1% restante, un 47,2% tiene formación en investigación cuantitativa, el 35,7% en cualitativa y el 17,1% en ambas.

Los resultados en trabajos de investigación y publicaciones reflejan que el 86,2% no han realizado trabajos de investigación en los últimos 5 años y, el 90,7% no ha publicado nada en este periodo. De los profesionales que han publicado, la preferencia en la modalidad de trabajo, es 52,5% trabajo de investigación y 47,5% otros. La distribución de las publicaciones es la siguiente: 59,1% nacional, 34,1% autonómico, 6,6% internacional y el resto otras combinaciones.

El 82,4% no ha presentado trabajos de investigación en eventos científicos. De los profesionales que sí lo han hecho se observa que la mayoría de los trabajos fueron comunicaciones orales, seguidas por las comunicaciones en formato panel / póster, quedando las ponencias en último lugar. El tipo de evento donde han presentado sus comunicaciones es del 44,4% autonómico, el 39,3% nacional, 7,9% internacional y el 8,4% restantes otras opciones.

El 98,1% no ha presentado proyecto de investigación a las convocatorias de becas en los últimos cinco años, y de los enfermeros que lo solicitaron el 91,6% lo presentaron en FUNCIS, el 4,2% en FIS, y el 4,2% restante en otras instituciones. De los que han solicitado becas destacamos que al 96,7% no se les ha concedido, al 2,5% sí le concedieron y a un 0,8% están pendiente, debido a que recientemente han presentado un proyecto a alguna institución.

El 35,6% de las enfermeras encuestadas tienen una frecuencia de lectura de revistas científicas de al menos una vez al mes, el 38% no lee ninguna vez al mes, el 19,5% lee al menos 2 veces al mes y solamente el 6,9% de los encuestados lee más de tres veces al mes.

El 97,7% cree que la investigación contribuye a mejorar la práctica diaria de su labor y supone una mejora para los usuarios, y de estos sólo el 63,8% está interesado en trabajar en el ámbito de la investigación.

El 76,04% de los encuestados cree que su institución no potencia la investigación en enfermería.

Las áreas de cuidados que prefieren investigar las enfermeras se han clasificado en base a la moda y estableciéndose en orden decreciente por frecuencias absolutas, observándose que los temas relacionados con calidad de vida y cuidados paliativos así como promoción de salud en poblaciones más vulnerables son los más solicitados, siendo los temas de investigación y gestión los menos valorados.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes niveles asistenciales (Atención Primaria y Atención Especializada) y profesionales de Atención Primaria y Atención Especializada en ninguna asociación de variables.

Se obtuvieron 324 temas específicos de interés como resultado a la pregunta abierta "Expón 3 o temas específicos para investigar que son de tu interés" que se categorizaron por el grupo y que no son expuestos en el trabajo. Los resultados del cuestionario enviado a las Gerencias de cada Área

de Salud con el fin obtener información sobre los diferentes recursos de apoyo a la investigación, nos muestran que hay una gran heterogeneidad entre Áreas de Salud e instituciones. Discusión:

La principal limitación del estudio radica en la elección de la muestra, su no aleatorización resta representatividad a la misma y la sesga pues, aunque en muchos ámbitos se facilitó la encuesta al conjunto de profesionales, en otros, donde el número de los mismo era mayor, se dirigió, sobre todo, hacia profesionales más interesados en temas de investigación.

El hecho de que más del 54% de las enfermeras lleven más de 20 años trabajando puede influir en la poca formación detectada en la encuesta (91.9%), ya que no es hasta marzo 1991 cuando se realiza la primera propuesta por parte de las escuelas pertenecientes al INSALUD de incluir la asignatura Metodología de la Investigación en Enfermería (MIE) como troncal en primer curso y optativa en tercer curso, y la iniciativa aislada de algunas escuelas de incluirlas como optativas en los tres curso. Los cambios estructurales previstos con Declaración de Bolonia de 1999 marcarán el inicio del proceso de convergencia hacia un espacio europeo de enseñanza superior que deberá hacerse plenamente realidad en el horizonte del año 2010 y donde la investigación tendrá un papel relevante.

La lectura de revistas científica sigue siendo poca y aunque es esencial que los profesionales desempeñen tareas investigadoras, no cabe duda de que el consumo y la implementación de dicha investigación es el siguiente paso, por lo que habrá que tenerlo presente en la programación de las necesidades de formación del colectivo.

La gran heterogeneidad detectada en el cuestionario remitido a las diferentes Gerencias de cada área de salud sobre los diferentes recursos de apoyo a la investigación justifica la necesidad de unificar criterios que homogeneicen la incentivación en todas las áreas de salud y ámbitos asistenciales.

La información, desde las perspectivas de las propias enfermeras, sobre la realidad de la investigación en cuidados, así como sobre los recursos existente debe ser el punto de partida para desarrollar un conjunto coordinado de estrategias y acciones formativas, motivacionales, divulgativas y estructurales, a nivel de la Comunidad Autónoma, con el objetivo de impulsar la investigación en cuidados y la implementación de resultados en la práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA:

1. http://www.icn.ch/matters_researchsp.htm
2. II Plan Canario de Investigación y Desarrollo, Innovación y Difusión 2007-2010
3. Oltra-Rodríguez E, Riestra-Rodríguez R, Alonso-Pérez F, García-Valle JL, Martínez-Suárez MM, Miguélez-López R. Dificultades y oportunidades para investigar percibidas por las enfermeras en Asturias. *Enferm Clin.* 2007; 17(1):3-9.
4. Documento elaborado por el grupo???
5. Fuentelsaz-Gallego C, Navalpotro-Pascual S, Ruzafa-Martínez M, en nombre de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii). Competencias en investigación: propuesta de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii). *Enferm Clin.* 2007;17(3):
6. Cabrera, J; Richart, M. Necesidades de la formación de la investigación en enfermería, en el currículo de la diplomatura universitaria (2º parte). *Enfer. Cien.*1991; 117 : 12-15.
7. REAL DECRETO 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales.

Mesa de comunicaciones 37 / Concurrent session 37: Elderly and chronic care

AUTOR/ES:

Rodrigues RMC

TÍTULO:

Community evaluation of an older population: Functional status and services utilization

TEXTO DEL TRABAJO:**INTRODUCTION**

The demographic evolution verified in western societies, with the increase of longevity and lower birth-rate, its leading to an age structure that is characterized by a demographic aging. This study is centred in the older group of our population (the individuals with an age equal or over 65 years old).

From all instruments we quest the Older Americans Resources and Services (OARS) is recognized as the first complete instrument of olders multidimensional assessment, incorporated three elements: the individual functional status, a multidimensional analysis of the health and community services utilization and the impact of alternative services in the older's functional status. It is constituted by five domains or dimensions: physical health, mental health, activities of daily living, social resources, and economic resources (1,2,3,4,5,6,7). The present study is based on the application of the Portuguese version of OARS - QAFMI (Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos) (4,8) and its aim is to evaluate two main components for the planning of the health care and the implementation of services to the older population: the functional status, the use and the need felted of services.

MATERIAL AND METHODS

Design: quantitative study of descriptive-correlation type with a cross-sectional temporal dimension.

Sample: the sample, constituted of 202 elderly, is taken from a population of 808, and was gotten in a randomized and probabilistic trial, from the users files of the Health Centre. The collecting of data was made by the author of this study.

Dependent variable: the functional status in the five determining areas for the elderly quality of life: social resources, economic resources, mental health, physical health and activities of daily living; and the need felted of 23 services. Independent variables: socio-demographic variables.

Instruments, method of data collection: starting from the elderly population enrolled in a Health Centre and using the QAFMI, we evaluate the functional status in the five determining areas for the elderly quality of life as mentioned above.

Data analysis: The functional evaluation was made by using the score given by the interviewer (following the established criteria in the tool of data gathering) and with the use of the computer software based on the score model of QAFMI. The presentation of results is made dividing the sample by gender and age groups. Afterwards, we point out the principal results accordingly to the different areas that are comprehended in this study and also, stress the needs of services utilization.

RESULTS

As main results we point out, the functional status, the situation of a worst classification, in the age group of 85 and older, in the areas of physical health, mental health, activities of daily living and economic resources. The social resources area presents the worst results in the age group 75-84 years old. For the whole of the sample the gender differences is greater in mental health and social resources, being the women worst scored. In all functional areas the age group differences are significant. In the physical health area, its stand out the notion that the most referred pathologies (hypertension, arthritis and rheumatism, cardiac problems, circulatory problems and diabetes) are not necessarily likely to be those that interfere more in the individual's functional capacity. The insidious form and progressive way in which those diseases are installed and the acceptance of an advanced physical impairment that follow the ageing process, it may induce hour's elderly to consider that situation as a result of a normal process and not as something susceptible of an intervention, care or treatment. As for the mental health area, there is, between gender, one worst self evaluation from the part of the women. For the different age groups, there is an accent of a worst classification has the elderly get older. That indicate to us an cognitive decline, a memory loss perception, enhancing what was observed, like in other studies, the gender difference, being those

aggravated for the female sex, with the worst classifications.

In what is concern to the instrumental activities of daily living, it was evidenced significant differences of classification between age groups, showing the age group of 85 years and older the lowest values for the capacity of doing those activities by themselves. For the whole of the sample, in the ability to manage money, to use the phone, using of transport and to go shopping without help, there is significant difference as for the gender, reporting men's better autonomy level than women. As for the preparing meals and housing without help, women show higher scores.

Relatively to the physical activities of daily living that included capacity to eat, to dress up, care of one's appearance, walking, rise up and lay to the bad, to have a bath or shower-bath it was verified differences in the realization of all this activities when we compared the different age groups. As for the gender, the most relevant data is the fact that, for the whole of the sample and for the three age groups, was never verified the existence of values with statistics significant difference. From all the results presented related to physical activities of daily living, to have a bath or shower-bath is that one that report lesser percentage of older persons that can do it by themselves.

There has being observed some degree of urinary incontinence reporting gender differences, being more frequently between women (eventually due to stress incontinence). The difference between age groups occurred, distinguishing clearly those with age equal or superior to 85 years old (perhaps because of the major occurrence of mixed incontinence).

As for the social resource area the results that stand out from the self evaluation are related to the person with whom the elders live, and also the person that is available to help in case of sickness or disability. Thus, for the whole of the sample the self evaluation of availability to help present a significant difference as for the gender, being the female sex the one who report worst evaluation for that availability. While for the majority of married men the wife is the principal source of help, for the majority of women that source are their sons.

The scores indicated the existence of a significant difference in the classification as for gender in the whole of the sample, and for age group also for the whole of the sample.

What this scores stand out is that those difference exist, being the 75-84 years age group where those incapacities are most relevant. The difference with worst score for the women may be explained because of the lesser social contacts that they have, as well as lesser participation in social activities and lesser availability to help resultant from widowhood.

Relatively to economic resources area, the sample is majority distributed in the situation of retired.

From the analysis according to the age group, for the whole of the sample, it is verified one significant difference in classification, being the age group of 85 years and older with the worst scores in this area.

The services with greater use are focused in the economic support (economic help in general) and health (medical consultations). The most needed ones appear in the general support services (monitoring services, domestic services and administrative services). Preparing meals is the service more used. As for the housing it was point out that men referred higher use (72,5% of men and 47,5% of women) and higher felted needs than women (71,3% for men and 51,6% for women). In the administrative services women have higher utilization (36,3% of men and 73,8% of women) as to felted needs (45,0% and 73,8% respectively). As for the recreative services the travels are the most used, existing difference by gender (31,3% of men and 18,0 % of women). Relatively to health services, the medical consultation, follow by support device and proteases, and nursing care are the most mentioned. This situation occurs from the increasing of care claimed by the aging process. In the mental health services, there is a higher felted need by women. In the economic support services it is noticed that the whole of the subjects usufruct of economic help in general, disposing, in a regular form, of some income source. In spite of the generalized utilization of this service, mainly realized through retiring pension, and disability allowance, the need felted of increase values profited is pointing out, for the whole of the sample, from 38,8% of men and 45,1% from women. As for help for food shopping, from the analysis of age group, for the whole sample, it's verified that the 85 years and older is the age group that refer more utilization (6,3% of men and 8,2% of women) as felted needs (8,8% and 7,4% respectively). Finally, concerning to the non classified services the transportation is the service with higher utilization and felted needs. This service is utilized by 91,3% of men and 89,3% of women from the sample. However, this utilization is referred has being inferior to the needs of 11,3% of men and by 9,0% of women.

DISCUSSION: As a synthesis and conclusion of the study, we point out the fact those women and the elderly, in general, appearing as the ones that present greater functional incapacities and are the main users of services.

A closer analysis points not only for a difference in genders but also for a special attention to the age group where the elder are, because not only appear differences in the functional score but also in the use and felted needs of services. The evaluation tool showed its capabilities to collect a great volume of information, but it is clear in this study, that in populational studies its use should count, in the evaluation of functional areas, with the classification according to the score model of QAFMI (4,7), because of the divergences verified with the evaluation realized by the interviewer. Only by this way we can compare, safely, results of evaluations and possible interventions. The diverse areas that are implied in the quality of life of the elders, and the diversity of technicians and services involved, suggest, as implications to the practice, an coordinated intervention, appearing the Health Centre, and the nurses, as the entities capable of generating and promoting an effective intervention that maximize and promotes the resources distribution. In this context, the health promotion, the well being and the quality of life in the elders are present as a challenge in the ambit of primary health care, since there is in this population multiple factors related to the aging process and environment that subject them to conditions, for example chronic diseases that limit the daily living (9,10). In this perspective, the promotion of a healthy aging requests an approach that combines promotion health activities and diseases prevention strategies. By this way, the coordination of services based on comprehensive geriatric assessment with the use of multidimensional assessment instruments emerge as a conduct to follow in the ambit of elderly health care guaranteeing the satisfaction of felted needs by this populacional group with an effective articulation between the different existing services in the community (11).

BIBLIOGRAFÍA:

- 1- Fillenbaum GG; Smyer MA. The development, validity, and reliability of the OARS multidimensional functional assessment questionnaire. *J Gerontology*.1981;10(4):428-434.
- 2- Fillenbaum GG. Multidimensional functional assessment of older adults. The Duke Older Americans Resources and Services Procedures. Hilldale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
- 3- Patiño PE. Valoración multidimensional de la tercera edad en el municipio de Vigo [PhD Thesis]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela; 1994.
- 4- Rodrigues RMC. Avaliação funcional multidimensional de idosos: estudo das incapacidades funcionais e utilização de serviços [MD Thesis]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 1999.
- 5- Silva SMDT. Avaliação multidimensional dos idosos inscritos no Centro de Saúde de Vale de Cambra [MD Thesis]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2005.
- 6- Ferreira PL; Rodrigues RMC; Nogueira DMS. Avaliação multidimensional em idosos. Coimbra: Mar da Palavra; 2006.
- 7- Rodrigues RMC. Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços. [PhD Thesis]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto; 2007.
- 8- Ferreira PL; Rodrigues RMC (1999). Portuguese version of the OARS Multidimensional Functional Assessment of Older Adults Questionnaire. *Qual Life Res*.1999;8(7):597.
- 9- Bailey A. National Service Framework for older people: promoting health. *Br J Nurs*. 2002;11(7):469-476.
- 10- Nolan M. (2001). Successful ageing: keeping the person in person-centred care. *Br J Nurs*. 2001;10(7):450-454.
- 11- Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: from miracle to reality. *J Gerontol S A Biol Sci Med Sci*. 2004;59A(5):473-477.

AUTHOR/S:

Huei-chuan Sung*, Wen-li Lee, Tzai-li, Li, Chaucer Lin, Shaw-Ji Chen
Tzu Chi College of Technology, Hualien, Taiwan
Tzu Chi University, Hualien, Taiwan

TITLE:

A RCT to evaluate the effects of a group music therapy on behavioural and psychological symptoms among institutionalized elders with dementia

TEXT:**Background:**

Behavioural and psychological symptoms have been identified by caregivers as the most challenging care problems for elders with dementia and may put older adults at risk of harm to themselves and their caregivers (1, 3). Due to the adverse effects caused by antipsychotic drugs or physical restraints, use of non-pharmacological interventions becomes important in managing behavioural and psychological symptoms for those with dementia. Music therapy has been one of the interventions suggested to be beneficial in dementia care. Several studies examined the effects of different types of music activities and concluded that music overall have positive effects on reducing behavioural problems of those with dementia. Sung and colleagues (10) found that Taiwanese elders with dementia who received four weeks of group music with movement intervention had a significant reduction on the occurrence of agitated behaviours. A review of the literature reveal that music therapy appears to have beneficial effects on behavioural and psychological problems, cognitive function and participation in elders with dementia (9); however, these studies have some methodological limitations, and the effect size of these benefits was not consistent across studies. Limited information is available about the effects of a group music therapy on behavioural and psychological symptoms among institutionalized elders with dementia.

Objectives:

This study used a randomized controlled trial design to evaluate the effects of group music therapy on behavioural and psychological symptoms among elders with dementia residing in long-term care setting.

Methods:

The participants were recruited from a long-term care facility in Taiwan. Inclusion criteria were: 1. age of 65 or older; 2. diagnosed with dementia by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV); 3. ability to engage in a simple activity and follow simple directions; 4. ability to understand Taiwanese or Chinese; 5. no severe hearing impairment; 6. presence of behavioural and psychological symptoms reported by nursing staff; 7. no obvious symptoms of acute pain or infection. Only participants who had family members or authorized representatives consented participated in the study. Sixty participants who met the inclusion criteria were invited and consented to participate in the study. Participants were randomly assigned to either the experimental or control group using simple random sampling method with a computer-generated list. Thirty participants in the experimental group received 30-minute group music therapy in the mid afternoon twice a week for six weeks. Thirty participants in the control group received usual standard care without group music therapy. All participants were assessed for behavioural and psychological symptoms using Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) (4) and Rating of Anxiety in Dementia (RAID) (8) at baseline and week 6. Only 27 participants in experimental group and 28 in the control group completed the study due to two relocations and three hospitalizations.

The group music therapy:

Two trained research assistants administered the group music therapy for the participants in the experimental group for 30 minutes in the mid afternoon twice a week for six weeks in the activity room in the facility. The intervention consisted of use of participants' familiar music which were Taiwanese and Chinese songs from the 1950-1970s with pleasant moderate rhythm and tempo. Hand-held percussion instruments were distributed to each of the participants at the beginning of each music session. Participants were asked to follow the assistants' instruction to move their body, extremities, and the percussion instruments with the music. The participants in the experimental group received a total of 12 sessions of group music therapy over a six-week period.

Measures:

Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) was used to assess the occurrence of agitated behaviours in those with dementia. It consisted of 29 observable agitated behaviours rated on a 7-Likert scale according to frequency of occurrence over a two-week period of time. Rating Anxiety in Dementia (RAID) tool was used to assess anxiety in people with dementia according to their symptoms of anxiety over the previous two weeks. Both CMAI and RAID tools require to be completed by those who took care of the elders and were familiar with the elder's behavioural changes in the previous two weeks. Therefore, nursing staff who took care of the participants performed the assessment of anxiety and agitation for the participants at baseline and week 6. Both tools had good validity and reliability.

Results:

The sample consisted of 55 participants with 27 in the experimental group and 28 in the control group. The average age was 81.37 years (SD=9.14) for the experimental group and 79.5 years (SD=8.76). The majority of the participants in both groups were widowed, buddhists, Taiwanese with little formal education. There were no statistically significant differences in the demographic characteristics between groups ($p > .05$).

The baseline mean CMAI score for the experimental group was decreased from 36.26 (SD=13.28) at baseline to 32.70 (SD=4.98) at week 6, and that of the control group was also decreased from 35.79 (SD=6.61) at baseline to 31 (SD=2.96) at week 6. The baseline mean RAID score for the experimental group was decreased from 10.04 (SD=10.48) at baseline to 3.89 (SD=4.02) at week 6, and that of control group was also reduced from 12.14 (SD=10.73) at baseline to 5.36 (SD=4.34) at week 6.

ANCOVA result indicated that elders who received six weeks of group music therapy had a significantly lower anxiety score than those in the control group while controlling for pre-test score and cognitive level ($F=8.98$, $p=0.004$). However, the reduction of agitated behaviours between two groups was not significantly different ($F=0.003$, $p=0.95$).

Discussions:

Our study results indicate that group music therapy has a significant effect on reducing the level of anxiety in institutionalized elders with dementia. By participating in 12 sessions of music therapy using familiar music in a group setting, the participants had the motivation to engage in the activities and had opportunity to interact with other residents and staff. The participants in the experimental group had greater reduction in the level of anxiety after six weeks of group music therapy than did those in the control group. This result was consistent with that of Tuet & Lam's study (11), in which the level of anxiety in elders with dementia was significantly decreased after receiving group music therapy. Comparison of our results with previous research was difficult as there were limited studies examining the effect of group music therapy on anxiety in those with dementia. The minimal number of previous studies reported on anxiety in people with dementia may be due to the lack of confidence on the tools for measuring anxiety in this group of people. The coexistence of anxiety and other psychological and behavioural problems in those with dementia can make the assessment more complicated. Current scales for anxiety in dementia vary in their construction of symptoms and can overlap with depression scales (6); therefore, additional refinement of the tools is needed.

In our study, group music therapy decreased the occurrence of agitated behaviours in elders who received six weeks of group music therapy in the experimental group, but the reduction of agitated behaviours did not reach significant difference compared to that of the control group. This result was similar to that of a study by Winckel and colleagues (12), in which the researchers examined the effects of six-week music-based group exercises and found no significant improvement on the behavioural problems of patients with moderate to severe dementia although there was a significant improvement on their cognitive function. However, several studies did find positive impact of group music therapy on agitated behaviours in those with dementia, and these results were not consistent with our study results. Jennings and Vance (7) found that agitated behaviours were reduced significantly over time after elders with dementia received four sessions of group music intervention. IBrotons and Marti's study (2) also found that patients with dementia had a significant decrease in agitated behaviours at the 10th session of group music therapy. In our study, the group music therapy did not significantly reduce the occurrence of agitated behaviours in those with dementia.

This may be due to the low occurrence of agitated behaviours in both groups at baseline, so the improvement of the group music therapy on agitated behaviours was limited.

Our study used the participants' familiar music as background music, such as Chinese and Taiwanese songs from the 1950-1970s, and found that participants had more purposeful responses during the group music sessions. The presence of familiar music may prompt their motor activity and memory recall (5). Elders in our study responded to their familiar music with hand clapping and singing. It is likely that popular music from early adult years can recall the memory of those with dementia and facilitate their emotional and physical responses during music sessions. Therefore, music preferences of those with dementia need to be considered and assessed in planning the music therapy.

Study limitations:

The generalization of the study result is limited because the sample was drawn from one long-term care facility. Replication of this study design with other samples of different geographical areas would help to increase the generalizability of the results. Blinding of the participants and data collectors was not possible, and this is identified as a potential source of bias. A further study controlling for physical movement and use of percussion instruments is needed to examine the effect of group music listening therapy alone on agitated behaviours in those with dementia so that the effects of group listening music therapy and physical movement can be compared and differentiated. There is also a need for investigations into the interaction effects with possible confounding variables, such as use of medications and physical restraints.

Conclusion:

Group music therapy can be an effective and less costly care approach for reducing behavioural and psychological symptoms and consequently, reduction of these symptoms can alleviate caregiver's burden and improve quality of life of those with dementia. Administrators and nursing staff should consider to incorporate group music therapy into daily activity program in order to improve the quality of care for elders with dementia in long-term care facilities.

BIBLIOGRAPHY:

1. Ballard C, Oyebode F. Psychotic symptoms in patients with dementia. *Int J Geriatr.* 1995; 142: 202-211.
2. Brotons M, Marti P. Music therapy with Alzheimer's patients and their family caregivers: a pilot project. *J Music Ther.* 2003; 40: 138-150.
3. Cohen-Mansfield J. Measurement of inappropriate behaviour associated with dementia. *J Gerontol Nurs.* 1999; 25: 42-51.
4. Cohen-Mansfield J, Marx M, Rosenthal AS. A description of agitation in a nursing home. *J Gerontol.* 1989; 44: 77-84.
5. Cuddy LL, Duffin J. Music, memory, and Alzheimer's disease: Is music recognition spared in dementia, and how can it be assessed? *Med Hypotheses.* 2005; 64: 229-235.
6. Gibbons LE, Teri L, Logsdon RG, McCurry SM. Assessment of anxiety in dementia: an investigation into the association of different methods of measurement. *J Geriatr Psychiat Neurol.* 2006; 19(4): 202-209.
7. Jennings B, Vance D. The short-term effects of music therapy on different types of agitation in adults with Alzheimer's. *Act Adapt Aging.* 2002; 26: 27-33.
8. Shankar KK, Walker M, Frost D, Orrell MW. The development of a valid and reliable scale for rating anxiety in dementia (RAID). *Aging Ment Health.* 1999; 3(1): 39-49.
9. Sherratt K, Thornton A, Hatton G. Music interventions for people with dementia: A review of the literature. *Aging Ment Health.* 2004; 8: 3-12.
10. Sung H, Chang S, Lee W, Lee M. The effects of group music with movement intervention on agitated behaviours of institutionalized elders with dementia in Taiwan. *Complement Ther Med.* 2006; 14(2): 113-119.
11. Tuet RWK, Lam LCW. A preliminary study of the effects of music therapy on agitation in Chinese patients with dementia. *Hong Kong J Psychiat.* 2006; 16: 87-91.
12. Winckel AV, Feys H, Weerd WD. Cognitive and behavioural effects of music-based exercises in patients with dementia. *Clin Rehabil.* 2004; 18: 253-260.

AUTHOR/S:

Sonia Hines, Judy McCrow, Sue Gledhill, Professor Jenny Abbey

TITLE:

THICKENED FLUIDS FOR PEOPLE WITH DEMENTIA IN RESIDENTIAL AGED CARE FACILITIES: A COMPREHENSIVE SYSTEMATIC REVIEW

TEXT:**1.- Objectives**

Thickened fluids are routinely given to residents with dementia in aged care facilities, however best practice in relation to this has not yet been established. The aims of this review were: 1) to establish factors associated with the prescription and administration of thickened fluids for this population; 2) assess the effectiveness of administering thickened fluids for this population in terms of adequate hydration, mortality, morbidity and patient comfort; 3) explore the attitudes of people with dementia in RACFs and their family/carers regarding the administration of thickened fluids; 4) explore the attitudes of staff regarding the administration of thickened fluids for people with dementia in RACFs.

2.- Methods

The review considered English-language studies published 1995 - 2008, which examined the oral administration of fluids thickened with commercial thickening agents for the purpose of increasing the viscosity of the liquid to minimise the chance of aspiration for persons with dementia in residential aged care facilities. These fluids included energy/nutritional supplements, juice, water, tea, coffee, cordial, and milk drinks. A wide range of databases were searched, including, but not limited to, MEDLINE, CINAHL, PubMed, Embase, Ageline, and Dissertations and Theses. Grey literature and websites were also searched. Non-indexed journals were hand-searched. The searches were adapted from the Medline search strategy using the following keywords: dementia, alzheimer's disease, vascular dementia, deglutition disorders, dysphagia, energy intake or oral nutrition, diet therapy or dietary proteins, thick* agent or thick* liquid or thick* beverage, modified* agent or modified* liquid or modified* beverage, modified* fluid or modified* drink or thick* fluid or thick* drink, nurs* home or resident* facility or home* for age* or long-term care or age specific care. Relevant articles were retrieved and critically appraised by two reviewers using the Joanna Briggs Institute's MASTARI, QARI and NOTARI tools. Data were then extracted by two reviewers from articles that met the inclusion and quality criteria, using the MASTARI, QARI and NOTARI extraction tools. Results were not meta-analysed, due to significant heterogeneity of study designs and interventions, but are presented in narrative form instead.

3.- Findings

102 papers were identified for retrieval. Following the review process outlined above fourteen papers were included for the final review. This consisted of one qualitative and eight quantitative studies and five textual papers. Due to significant heterogeneity statistical pooling was not possible. Findings were therefore summarised in narrative form.

The administration of thickened fluids appears to occur largely on an ad-hoc basis, despite there being a high prevalence of dysphagia within this population. Staff within the facilities have difficulty producing thickened fluids of a consistent viscosity, which can lead to aspiration, pneumonia and even death of vulnerable persons. The data suggests that persons receiving thickened fluids are at risk of dehydration unless water intake is appropriately monitored. Due to behavioural issues this is difficult in people with dementia. The practice of adding infant cereals to fluids as a thickening agent cannot be recommended as it may lead to dehydration and folate deficiencies. One included paper found that 75% of the participants responded in favour of having modified fluids. This was in preference to enteral feeding. However, these results were from the "non-demented" portion of the sample, but it was theorised the views could also be used to represent the entire sample. Opinions from staff highlighted the need for appropriate education and the use of trained staff and consultation with experts. No includable studies were found which examined the acceptability of taste, texture, the attitudes of family or carers, patient comfort and/or mortality rates solely in relation to intake of thickened fluids.

4.- Discussion

The objectives of this systemic review were not fully met as there was very limited data found in relation to the topic reviewed. Most included studies had mixed populations of residents with and without dementia, making dementia-specific results impossible to quantify.

Implications for Clinical Practice: Residents with dementia are likely to display challenging behaviours during feeding. Therefore, it is recommended that nursing and other care staff be given education specific to the safe administration of thickened fluids, in particular, methods used to thicken fluids. Procedures should be instituted to ensure residents are served fluids of a consistent and appropriate thickness. This may involve consultation with nutritionists and/or speech pathologists. From the retrieved data, evidence based best practices cannot be concluded. It may be cautiously inferred that thickened fluids are effective for residents with dementia if set guidelines are instituted.

Mesa de comunicaciones 38 / Concurrent session 38: Using Evidence in practice

AUTHOR/S:

A.M. Knops, D.T. Ubbink, D.A. Legemate and H. Vermeulen

TITLE:

Clinicians' and nurses' attitudes, awareness, and barriers to applying evidence-based practice in a Dutch university hospital

TEXT:**Objectives**

The evidence-based practice (EBP) principle is widely recognised, but actual translation of EBP into daily practice is lagging behind. In order to investigate the integration of EBP, the awareness, attitude, and barriers towards EBP were surveyed in surgical and paediatric clinical practice. These departments are frontrunners as to EBP in our hospital. Clinicians received up to seven years of postgraduate EBP training, for nurses only optional courses were available. The wider aim of this study was to generate tailored recommendations to improve the use of EBP in daily clinical practice.

Methods

In this cross-sectional survey, all 171 medical and 218 nursing professionals of the surgical and paediatric wards of a Dutch university hospital were invited to complete the BARRIERS scale and McColl questionnaire.

Findings

Response rates were 64% (109/171) for clinicians and 60% (130/218) for nurses. Their attitudes towards EBP were positive. Of the clinicians, 90% were familiar with EBP terms (like 'confidence interval' and 'odds ratio'), as opposed to the nurses (with terms like 'bias' and 'median'). Common barriers to using research in clinical practice were a lack of time to read research reports (66%; 157/239) and to implement new ideas (64%; 152/239). Clinicians reported conflicting research results (76%; 83/109) and methodological inadequacies (70%; 76/109) as major barriers. Nurses stressed their unawareness of EBP (71%; 92/130) and research being reported unclear (61%; 79/130). A lack of evidence of (non-) effectiveness in paediatric patients was mentioned as specific problem in paediatrics. All participants advocated better presentation and communication of evidence and its implications for daily practice. Nurses desired structured education to learn the basic skills of EBP.

Discussion (which must include the study's implications for clinical practice)

EBP is increasingly welcomed by clinicians and nurses in surgery and paediatrics. However, implementation still needs further improvement. For this purpose, nurses should be taught basic skills of EBP in terms of a more critical attitude during and regarding daily practice, as appeared effective in clinicians. Moreover, in both professions explicit communication about the existence of medical evidence as well as the translation of medical literature into evidence-based guidelines, protocols and condensed recommendations may improve research utilisation. This has to be guided by an encouraging and stimulating organisational environment.

BIBLIOGRAPHY:

April 2007: Master's degree in the science of Medicine

April 2007-2011: PhD project on the implementation of evidence-based practice in clinical practice and communication of evidence to the patient

AUTHOR/S:
Deanna Gibbs

TITLE:
Utilisation of evidence in occupational therapy: Learning through practice

TEXT:
The use of evidence-based practice (EBP) to support service delivery is an acknowledged priority within the occupational therapy service at Barts and the London NHS trust. While most therapists have accepted the concepts of EBP, the utilisation of EBP techniques across elements of the service has been varied.

Objective:

This paper describes a skills development project which aimed to develop skills and increase confidence in the area of critical appraisal and utilisation of evidence for occupational therapy staff across a range of speciality areas in the acute hospital setting.

Method:

Using the development of critically appraised papers specific to occupational therapy interventions, the project involved a skills-based education format to develop technical skill and increase confidence in the areas of:

- Critical appraisal of quantitative and qualitative literature
- Incorporating evidence into practice through the development of a critically appraised paper.

Findings:

The project has resulted in the development of 8 occupational therapy critically appraised papers. Evaluation indicated a consistent increase in knowledge and skills in relation to evidence appraisal for the participants, as well as increased confidence to implement EBP within their service areas.

Discussion:

In the current financial climate, the articulation of the evidence base supporting occupational therapy practice is becoming increasingly important. This paper describes a practical approach to developing the required EBP skill-set in occupational therapy staff to allow them to demonstrate the accountability of their clinical reasoning processes, and to embed research utilisation in their clinical service delivery.

AUTHOR/S:

Jill French

TITLE:

A Model Implementation; using JBI tools and resources across NHSScotland

TEXT:**Objectives**

To develop an implementation model to enable wide and robust access to and utilisation of Joanna Briggs Institute (JBI) tools and resources across all the NHS Boards in Scotland, to support the delivery of evidence based practice and ultimately to improve patient care.

Methods

NHS Quality Improvement Scotland (NHS QIS) secured membership to the JBI tools and resources on behalf of all NHS Scotland for a period of 3 years from May 2007 to May 2010. Having secured membership it was recognised that a robust implementation plan was needed to ensure these tools and resources were accessed and used fully and that they would help the NHS Boards deliver on their local and National priorities. Facilitation was identified as key in changing practice.¹

Strategic support was sought at a national level through representation on the steering group and at a NHS Board level through the Directors of Nursing. JBI facilitators were nominated within each NHS Board. The project manager and the JBI facilitators were educated on the use of JBI tools and resources through an advisor from JBI Adelaide. Networking amongst the JBI facilitators is supported by the project team and project manager through the use of shared space on the NHSScotland eLibrary, national meetings three times a year and regional workshops that allow sharing of experience, knowledge, information and resources.

Findings

Statistics show that there is a month on month increase in hits to the on line JBI resources. The activity within the NHS Boards is moving from dissemination to utilising and embedding the tools. Several NHS Boards have used JBI to address local priorities and to help them work towards meeting national priorities.

Discussion

The key to successful implementation of JBI across NHSScotland has been to identify the right facilitator in the right role. Where JBI has been able to support them to deliver within their current role, for example the production of a procedure manual or to carry out an audit, the tools and resources have been rapidly adopted. JBI can support clinicians and organisations to meet their professional and clinical governance requirements to deliver evidence based practice, it also offers NHSScotland the opportunity to have consistent quality of practice and audit information across the organisation.

References

1. Grimshaw JM. Thomas RE. Maclennan G Fraser C. Ramsay CR. Vale L. Whitty P. Eccles MP. Matowe L. Shirran L Wensing M. Dijkstra R Donaldson C (2004) Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. Health Technology Assessment. 2004; 8(6); i-xi, 1-72

AUTHOR/S:

Sonia Hines RN (BN)
Nursing Research Centre, Mater Health Services. Brisbane, Queensland, Australia

TITLE:

Promoting evidence-based urinary catheter management [abstract]

TEXT:**1.- Objectives**

Urinary catheterisation is a common procedure in hospitals, however it is not without risks to patients. The aim of the project was to empower and assist clinicians at the ward level to devise and implement strategies to improve urinary catheter care in line with evidence-based criteria, using a guided, formalised three-stage audit and feedback process.

2.- Methods

We used a three stage audit and feedback process to assess and improve the standard of urinary catheter care in terms of four evidence-based criteria supplied for this audit by Joanna Briggs Institute's PACES (Practical Application of Clinical Evidence System) and taken from the 2000 systematic review by Dunne et al. Staff representatives were requested from all clinical areas (n=20) to facilitate cooperation and ensure the appropriate clinical context for interventions. Baseline data were collected, then representatives were assisted to design interventions to bring practice in line with current evidence. After an implementation period, areas were re-audited and feedback provided to the representatives.

3.- Findings

Clinical areas which participated throughout the process (n=9) performed very well, achieving improved levels of compliance with the four criteria (individual ward results ranging from 33.3-100% compliance with each of the four criteria) at the second audit. Clinical areas which did not participate at all (n=8), or dropped out during the course of the process (n=3) achieved demonstrably poorer results (0% for three of the four criteria). Areas which provided 'offline' or non-patient contact time for representatives to work on this project had both higher compliance at baseline and the highest level of compliance post-intervention, indicating that this may be an important factor in achieving evidence-based urinary catheter care.

4.- Discussion (which must include the study's implications for clinical practice)

Overall, this project showed a significant improvement in urinary catheter care among participating work areas. The data indicate that participation in a process such as this can facilitate practice improvement; areas which completed the entire PACES process showed far greater compliance with the evidence-based audit criteria than those that declined to participate, or only partially completed it.

The use of broad, standardised criteria allowed individual clinical areas to develop their own strategies to achieve compliance with them, according to the practice needs of the area, the clinical requirements of the particular patient population, and the area's unique work culture. This allowed the representatives to take 'ownership' both of the interventions, and the way they were implemented.

Overall, the PACES process was a valuable tool for this organisation to use to guide quality improvement and aid the embedding of research into practice. However, as indicated by the difference in results from areas with and without 'offline' time, the provision of paid time in which to work on practice-improvement projects such as this needs to be considered for all nurses, regardless of clinical area.

Implications for Clinical Practice: It is possible to improve clinical care through a process of clinical audit and feedback. Clinicians should not be expected to use either their own, or patient-care time to work on practice-improvement projects. Organisations and areas which demonstrate a value for both nurses and evidence-based practice through the provision of paid time to complete this type of project will reap the benefits of this investment in improved adherence to evidence-based practice and the consequent improved patient outcomes.

BIBLIOGRAPHY:

References

1. Griffiths R, Fernandez R. Policies for the removal of short-term indwelling urethral catheters. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2005; 1.
2. Dunn S, Pretty L, Reid H, Evans D. Management of Short Term Indwelling Urethral Catheters to Prevent Urinary Tract Infections. The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery. 2000(6).
3. Al-Asmary SM, Al-Helali NS, Abdel-Fattah MM, Al-Jabban TM, Al-Bamri AM. Nosocomial urinary tract infection. Risk factors, rates and trends. Saudi Medical Journal. 2004 07;25(7):895-900.
4. Ribby KJ. Decreasing Urinary Tract Infections Through Staff Development, Outcomes, and Nursing Process. Journal of Nursing Care Quality. 2006 07;21(3):272-6.
5. Management of Short Term Indwelling Urinary Catheters to Prevent Urinary Tract Infections. Journal [serial on the Internet]. 2000 Date; 4, Issue , 2000 (1): Available from: <http://www.joannabriggs.edu.au/pdf/bpidc.pdf>.
6. Backer TE, Rogers EM. Diffusion of Innovations Theory And Work-Site AIDS Programs. Journal of Health Communication. 1998;3(1):17-28.
7. Markham SK. A Longitudinal Examination of How Champions Influence Others to Support Their Projects. Journal of Product Innovation Management 1998;15(6):490-504.
8. Greenhalgh T, Robert G, MacFarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. The Milbank Quarterly. 2004;82(4):581-629.
9. Rogers EM. Diffusion of Innovations. New York: Free Press; 1995.

AUTHOR/S:

H Vermeulen, AM Knops, WJM Scholte op Reimer, and DT Ubbink.

TITLE:

Disseminating and implementing EBP among nurses and teachers: the barriers and how to overcome them.

TEXT:**1.- Objectives**

Evidence-based practice (EBP) is the integration of the available scientific best evidence and clinical expertise with patients' values and clinical circumstances in making decisions in the care for our patients. This paradigm is nowadays embraced by many healthcare- and educational institutions. Although this paradigm is widely recognised, actual translation of EBP into daily nursing and teaching practices is lagging behind. EBP has been part of the nursing curriculum for only a few years. This year the first fully EBP-trained student nurses will graduate and enter the nursing working force. At this moment most working graduated nurses have not yet received initial EBP training. We surveyed awareness, knowledge, attitude, and barriers towards EBP among nurses and nursing teachers in an academic hospital and an adjacent college of advanced nursing education. The broader aim of this study was to generate tailored recommendations in order to improve the use of EBP in daily clinical practice and in nursing teaching.

2.- Methods

In a cross-sectional survey, nurses of various (general surgical, paediatric, maternity, neurosurgical) nursing wards of two hospitals (one university clinic and one cancer institute) and teachers of a large nursing school were invited to complete the BARRIERS scale and the McColl questionnaire.

3.- Findings

Response rates were 66% (205/312) for nurses and 74% (23/31) for teachers. The majority of the nurses were female (86%) and the minority were senior nurses (20%). Their median age was 38 years. The majority of teachers were also female (61%) and had a median age of 48. Attitudes towards EBP were positive in both groups, while senior nurses and teachers were slightly more positive. Most of the teachers, but not the nurses, were familiar with internet sites about EBP information. The same was true regarding their familiarity with EBP terms. Terms like blinding, bias, meta-analysis, and median were well understood by half of the teachers, but by only a quarter of the nurses.

Common barriers to applying evidence from research in clinical practice were unawareness of research findings (72% [149/205] of the nurses; 91% [21/23] of the teachers) and unclearness of the reported research (61% [125/205] of the nurses; 83% [19/23] of the teachers). Nurses also mentioned a lack of time to read research reports (66% [135/205] of the nurses) as an important barrier, while teachers reported a lack of authority to change patient care procedures (74% [17/23] of the teachers) .

All participants advocated better presentation and communication of evidence. Nurses asked for more structured education to learn the basic skills of EBP.

4.- Discussion (which must include the study's implications for clinical practice)

In general, nurses appear to have a welcoming attitude towards the EBP paradigm. Nurses are slightly more reserved than teachers, but surely aware of EBP.

Differences among teachers are large, but also a facilitating factor for further improvement of the teaching staff as to their EBP training abilities, because experienced teachers can provide an encouraging and stimulating environment within the educational institute.

Registered nurses and less-skilled teaching staff should attend further training courses in basic EBP skills, which have been made available. After disseminating the basic EBP skills by means of theoretical courses and more practical workshops, this ideally should result in the actual use of existing nursing evidence in daily nursing and teaching practice. This integration of EBP can be promoted by translating nursing literature into easy to use evidence-based guidelines, protocols, and condensed recommendations. We plan to repeat this survey after 5 years to get insight of spin-off of EBP teaching and in-corporate/hospital initiatives to promote working following the EBP paradigm.

BIBLIOGRAPHY:

Hester Vermuelen (RN, PhD) is a senior research nurse and a lecturer working for the department of Quality Assurance & Process Innovation of the Academic Medical Centre and Amsterdam School of Health Professionals, The Netherlands. Currently, she is project leader of the section 'Evidence-base practice and guideline implementation'.

She is involved in the support, teaching, and implementation of evidence-based practice in nursing, and coordinates and conducts research focusing on the improvement of patient health care, in particular the perioperative and local wound care.

PARAMETERS OF ESTEEM

1. Her on the diagnostic value of routine postoperative temperature measurements was awarded twice; the 'Anna Reynvaan Practice Prize' (Amsterdam, 2001) and the Nursing Event prize' (Rotterdam, 2005).
2. Her systematic review on dressings and topical agents was nominated for the 'Anna Reynvaan Scientific Prize' (Amsterdam, 2005).
3. Her inter- en intra observer variation study among nurses and doctors for the classification of wounds in won the 'Victor Bruns Prize' of the German Society for Wound healing and treatment (Stuttgart, 2005).
4. The randomised clinical trial of occlusive versus gauze dressings for local wound care was rewarded with as well as the 'Young Investigators Award' as the 'prize for best abstract' (San Antonio, 2006).
5. Her systematic review on nasogastric intubation was nominated for the 'Anna Reynvaan Scientific Prize' (Amsterdam, 2006).

In total she has, up to medio 2008, worked on 23 international publications, under which randomised controlled trials and systematic reviews.

*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.

POSTER 1

AUTOR/ES:

M^a Dolores Guerra Martín, Eugenia Gil García, M^a Ángeles García-Carpintero Muñoz y Vicente Fernández Rodríguez

TÍTULO:

Aprendizaje Basado en Problemas como modalidad de enseñanza

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción: Este proyecto de Innovación Docente ha sido aprobado y financiado, dentro del Plan de Renovación de las Metodologías Docentes, correspondiente a la acción 5, de la Universidad de Sevilla. Instituto de Ciencias de la Educación (ICE) de la Universidad de Sevilla. Curso 2007/2008. **Objetivos:** 1. Capacitar a los alumnos/as a construir sus conocimientos sobre la base de problemas de la vida real. 2. Favorecer el aprendizaje activo del alumno. 3. Enseñar al alumno a aprender. 4. Integrar la teoría con la práctica cotidiana. 5. Favorecer el trabajo en equipo.

Métodos: Se ha llevado a cabo en la asignatura troncal de Administración de Servicios de Enfermería, de 3er curso de la Diplomatura de Enfermería, que se ha impartido en el segundo cuatrimestre, en el calendario asignado para las preclínicas, en la Unidad Docente Valme, estableciéndose 6 grupos, con un máximo de 10 alumnos/as por grupo. Para conseguir los objetivos propuesto hemos utilizado el método del Aprendizaje Basado en problemas (ABP). Se han llevado a cabo tres tutorías de ABP. Teniendo que entregar un informe de seguimiento del proceso de búsquedas de información llevado a cabo por cada alumno, dentro del grupo.

Se ha implementado el proceso de aprendizaje, con una enseñanza previa de preparación a los alumnos/as en búsquedas de información, en las bases de datos de interés para la disciplina enfermera, con la presentación de todo el material necesario en la asignatura, mediante la enseñanza virtual.

Resultados: Han participado en esta experiencia un total de 53 alumnos/as.

La evaluación de cada tutoría presencial de ABP, era de 0.3 puntos por la asistencia y participación.

Resultados de las calificaciones de estas tutorías presenciales:

- 46 alumnos/as han conseguido la puntuación máxima de 0,9 puntos.
- 3 alumnos/as han tenido 0,8 puntos.
- 2 alumnos/as han tenido 0,7 puntos.
- 1 alumno sólo asistió a la 1^a tutoría obteniendo 0,3 puntos
- 1 alumna no pudo asistir a ninguna tutoría por haber tenido un accidente, no pudiéndole puntuar nada.

Los criterios para la calificación del informe que tenían que presentar del proceso de trabajo de ABP, son los siguientes: - Presentación del trabajo: 0.1 puntos. - Capacidad de síntesis: 0 a 0.2 puntos. - Adecuación del trabajo a la temática tratada: 0 a 0.2 puntos.

Resultados de las calificaciones de los informes::

- 21 alumnos/as con la puntuación máxima de 0,5.
- Han conseguido 0,4 puntos un total de 21 alumnos/as.
- Por último, 9 alumnos/as han conseguido 0,3 puntos.
- No han presentado el informe 2 alumnos/as.

Actualmente estamos analizando la información sobre las opiniones y percepciones de los alumnos/as, sobre el método de ABP, el trabajo en equipo, la tutora, los elementos que destacan del ABP y los que eliminarían.

Discusión: El Aprendizaje Basado en Problemas, es una metodología de enseñanza innovadora que favorece el aprendizaje activo del alumnado. Con este método se pretende integrar la teoría y la práctica mediante el trabajo en equipo. Al estar articulado el trabajo en torno a problemas de la práctica asistencial, se produce una gran satisfacción entre el alumnado y una mayor implicación en el aprendizaje de éstos, produciendo una mejora de la calidad de la enseñanza. La puesta en marcha del sistema de créditos europeos puede favorecer estas nuevas modalidades de enseñanza, lo que conlleva un reciclaje continuo del profesor en el proceso educativo.

BIBLIOGRAFÍA:

- Branda, L. (2001) Aprendizaje basado en problemas, centrado en el estudiante, orientado a la comunidad. En: Aportes para un cambio curricular en Argentina 2001. Jornadas de Cambio Curricular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud, 79-101.
- Colén, M. T. (2002). "La evaluación de los procesos de enseñanza y aprendizaje a través del portafolios. ¿Una moda o un proceso de evaluación que favorece el cambio en las aulas universitarias?" Comunicación presentada en V Jornades sobre Docència Universitària. L'avaluació dels aprenentatges de l'alumnat. Intercanvi d'experiències d'innovació. Barcelona.
- Dochy, F., Segers, M., y Dierick, S. (2002). "Nuevas Vías de Aprendizaje y Enseñanza y sus Consecuencias: una Nueva Era de Evaluación". Boletín de la Red Estatal de Docencia Universitaria, 2(2), 13-31.
- Font, A. (2003). "Una experiencia de autoevaluación y evaluación negociada en un contexto de aprendizaje basado en problemas (ABP)". Revista de la Red Estatal de Docencia Universitaria, 3(2), 100-112.
- Guerra, M. D. (2007). "Desarrollo de Aprendizaje Basado en Problemas en las preclínicas". Actas Revista de acceso abierto de la Universidad de Murcia. Red Estatal de Docencia Universitaria (RED-U). <http://www.um.es/ojs/index.php/actas-redu/index>
- Molina, J. A., García, A., Pedraz, A., y Antón, M. V. (2003). "Aprendizaje basado en problemas: una alternativa al método tradicional". Revista de la Red Estatal de Docencia Universitaria, 3(2), 79-85.
- Pedraz, A., Antón, M. V. y García, A., (2003). "Observación de una tutoría de ABP dentro de la asignatura de legislación y ética profesional en enfermería". Revista de la Red Estatal de Docencia Universitaria, 3(2), 87-93.

POSTER 2

AUTOR/ES:

Antonia Herraiz Mallebrera
Enfermera Atención Primaria Departamento 5 Valencia
tonahema@gmail.com

TÍTULO:

La blogoesfera enfermera

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción:

El blog o cuaderno de bitácora es una herramienta que ha cambiado la forma de comunicación y consumo de la información digital. Los blogs suponen una nueva plataforma de publicación online y un espacio que invita a la participación. El blog nos permite compartir información con otras personas sin necesidad de tener conocimientos técnicos de experto. En los blogs aparecen aquellos temas que interesan y preocupan a los profesionales, y estos tratan de difundirlos.

Métodos:

Partimos de la definición operativa del blog, éste se diferencia de las páginas web tradicionales por las siguientes características: Fácil actualización, cronología inversa de publicación, interactividad con los lectores por medio de la publicación de comentarios, lenguaje coloquial, herramientas sociales al alcance de todos. Los blogs utilizan herramientas orientadas al usuario, facilitan la interrelación de personas con inquietudes similares y con ámbitos de trabajo comunes.

Para la realización de este trabajo se hizo una búsqueda activa de los blogs publicados por profesionales de enfermería y estudiantes, en motores de búsqueda especializados, en listas de distribución, en enlaces de los propios blogs y por colaboración de los autores.

Se seleccionaron aquellos blogs creados antes del mes de marzo del 2008.

Para su análisis se han utilizado criterios de calidad establecidos por expertos y son:

Actualización, perfil autor, blog individual o colectivo, participación abierta o controlada, contenidos originales, sindicación o posibilidad de recibir actualizaciones del blog, número comentarios, fecha creación, fotografías autor/res. Características técnicas, plataforma, diseño, visualización, navegación, imágenes, localización geográfica, número de visitas, comentarios y contenidos.

Los datos se recogieron generando una base de datos en Excel.

Resultados:

El número de Blogs recogidos fue de 23 y su localización es en 10 Comunidades Autónomas. De los blogs estudiados, en 12 su autor es hombre, de 7 es una mujer, de 3 son de un grupo mixto (hombres y mujeres) y en 1 son un grupo de 3 hombres.

Su tipología es: 2 blogs son docentes orientados a estudiantes enfermería, 1 personal y 20 son profesionales en los que se incluyen entradas personales.

El número de comentarios máximo encontrado para una entrada fue de 23 y corresponde a un blog personal, la mayoría de las entradas no tienen comentarios, a pesar de que esto pueda hacer suponer que los blogs no se leen, el número de visitas recibidas y analizadas en nuestro estudio fue de, 135.614 el que más recibió y de 892 en el que menos.

Por comunidades autonómicas, son Galicia y Andalucía las que presentan el mayor número de blogs con 5 cada una. Los contenidos de los blogs estudiados recogen los siguientes, cuidados, documentación información, tecnologías, ética, seguridad pacientes, etc.

Conclusiones:

Los blogs relacionados con la enfermería son todavía escasos en España. El número de autoras enfermeras es menor que el de sus compañeros, al igual que sucede en otras profesiones.

El blog por sus características y origen está orientado a la conversación y comunicación, a pesar de esto encontramos que, en la mayoría de los blogs estudiados sus entradas tratan de difundir información que no está creada por el autor y tampoco aparecen enlaces a las diferentes fuentes de las que se nutre la entrada. A pesar de esto se observa un esfuerzo en la difusión de los temas de interés para los profesionales.

La participación activa de los autores en los comentarios de otros blogs es escasa, esto puede ser debido a la amplitud y variabilidad de los temas relacionados con la profesión o a otras causas. Algunos blogs son de una gran calidad en diseño y contenidos.

BIBLIOGRAFÍA:

-Rojas O,Alonso J,Antunez JL,cols. La conservación en Internet que está revolucionando medios empresas y ciudadanos. Madrid ESIC,2006.

-Jimenez-Hidalgo S,Salvador-Bruna J.Evaluación formal de blogs con contenidos académicos y de investigación en el área de documentación. El profesional de la información.2007; 16(2):114-22.

-Meloni J.Blogger.Ed.2006.Madrid.Anaya multimedia Interactiva.

-Flores B,Legeren. El fenómeno weblog como medio de comunicación:su incidencia en el campo de la Biblioteconomía y la Documentación.Actas del I Encuentro de Estudiantes para la organización del conocimiento.Congreso7º ISKO.Barcelona 2005.

POSTER 4

AUTOR/ES: Ana Maite Truchuelo Aragón. Lurdes Izaguirre: UCI Hospital Donostia

TÍTULO: Prevalencia de la diarrea en las unidades de críticos de España. Abril 2008. Estudio Multicéntrico

TEXTO DEL TRABAJO: OBJETIVO -Determinar la prevalencia de los episodios de diarrea en los pacientes ingresados durante el mes de abril en 26 unidades críticas de España. •Objetivos secundarios: definir el perfil del paciente, cuantificar las cargas de trabajo añadido y describir las intervenciones de enfermería para el cuidado de la diarrea. METODO: Diseño: Estudio observacional, multicéntrico y prospectivo. Periodo: 1.04 al 30.04.2008. Muestra: todos los pacientes ingresados en las diferentes unidades de críticos. La DIARREA fue definida como la expulsión de tres o más deposiciones líquidas o semilíquidas en 24 horas (1) y El EPISODIO como el periodo de días consecutivos en los que el paciente presenta diarrea. Se considerará finalizado el episodio cuando el paciente no presente diarrea durante las 24 horas siguientes a la última deposición. Después de este periodo se registrará como un nuevo episodio. Variables: 1) Del paciente: edad, sexo, diagnóstico, tratamientos asociados (sedoanalgesia, antibióticos, antifúngicos, inotropos, descontaminación digestiva selectiva (DDS), laxantes, dieta), escalas de gravedad (Apache II, Sofa), riesgo de úlcera por presión según Norton, días de estancia, mortalidad; 2) De la diarrea: consistencia de las heces, episodios previos de diarrea, frecuencia de deposiciones, duración del episodio, presencia de Clostridium Difficile, estado piel perianal, tiempo empleado en la higiene, número de profesionales implicados en el cuidado, manejo (pañales y empapadores, medicación, sondas y uso grúa). El análisis estadístico se realizó con el SPSS 13.00

RESULTADOS . N^o pacientes: 2114 . N^o de unidades de críticos: 26. N^o de pacientes con diarrea 141 y N^o de episodios de diarrea 162. La prevalencia media de episodios entre los diferentes hospitales ha sido 8,53% con una gran variabilidad intercentros: (rango 0, 01%::30%) . Edad: 59, ±14,6 años (Md: 63). Sexo: varones: 56,7%, Diagnósticos: Politraumatismo: 8,5%, Patología infecciosa: 64,5%, varios: 27,6%. Apache II: 12.54 ±9 (Md: 10), Sofa: 7.22 ±3.9 puntos (Md: 7). Escala Norton Ingreso: 9.38 ±4 puntos. Días de estancia 15,9 ±9.5. (Md: 15, rango: 2::30; cuartiles: 7, 17, 25)

Mortalidad: 12,1%. Tratamientos: Sedoanalgesia: Perfusión de Mórfoico 23.5 %, Benzodiazepinas 35.2%, Propofol 31.5%, Remifentanilo 16.7%. Inotropos 38.3%, Antibióticos: 93.2% de los pacientes tuvo tratamiento antibiótico, 71% hasta 3 antibióticos, 11.2% más de 4 antibióticos. Antifúngicos: 41.3%. Laxantes 21.6%, DDS 30.2%, Nutrición: Enteral 67.3%, con fibra 22.5%, Parenteral 24.1%, Oral 24.7 %, Diarreas previas 34.6%, Clostridium Difficile fue positivo 4.9%, Negativo 24.7%, y no se realizó 69.2%. Consistencia fue Líquida 59.3%, semilíquida 40.7%. Estado de la piel: intacta 61.7%, Estadio I 17.9%, Estadio II 13.6%, Estadio III 3.7% Estadio IV 2.5%.. Frecuencia de deposiciones en 24 horas fue 5,26 (2-4 diarreas: 55%, 5-9: 42% pacientes, > 10 diarreas 2.4% pacientes). La duración de los episodios de diarrea fue de 3.4 días (Rango 1-18) Cada paciente estuvo una media 3.9 días con diarrea; La media de tiempo utilizado para cuidar cada episodio de diarrea fue 164,99 minutos ±157,448 (Md 105, rango 0::975; cuartiles: 60, 105, 234) . El personal empleado por episodio fue 14 enfermeras, 14 auxiliares y 9 celadores. Medios mecánicos (grúa) 6.8% episodios, manejo de la diarrea: Medicación 9.9% episodios, Bacinilla 1.2%, Pañales y empapadores 98.1%, Dispositivo de recolección de heces 10.5% y con sonda semirígida 9.3 % episodios.

DISCUSION Los resultados obtenidos permiten conocer la prevalencia de diarrea en las unidades de críticos dato hasta ahora no disponible en nuestro país. Se ha podido objetivar que constituye un problema importante con una prevalencia que va desde el 0,01% al 30% de los pacientes ingresados en nuestras unidades. La causa de la diarrea es diversa así como las patologías asociadas. Se muestra que este problema de salud requiere de un número importante de recursos tanto humanos como materiales. En el futuro consideramos que deberían desarrollarse protocolos específicos de actuación y análisis del incremento de cargas de trabajo que supone esta patología

POSTER 6

AUTOR/ES:

M^a Beatriz Lidón Cerezuela, Alfonso García Martínez y Concha Rivera Rocamora

TÍTULO:

"Calidad de vida en la vejez: aprendizaje permanente"

TEXTO DEL TRABAJO:

Para la mayoría de la población

Siendo la vejez la consecuencia normal del paso del tiempo para la mayor parte de la población, el mantenimiento de la calidad de vida en las edades más avanzadas se convierte en uno de los retos prioritarios en el ámbito de la investigación gerontológica.

1.- Objetivos

- Facilitar una comprensión más global de la calidad de vida
- Permitir a las personas mayores definir los parámetros de calidad de su propia vida
- Esbozar las líneas por las que ha de discurrir la educación para la salud que favorezca una vejez con calidad de vida

2.- Métodos

Para realizar el trabajo de campo se ha seleccionado al azar una muestra de 53 sujetos pertenecientes a ambos sexos, residentes en la ciudad de Murcia en su propio domicilio, en la edad de la vejez, de diferentes niveles socio-culturales y con autonomía física y psicológica.

Como instrumento de recogida de datos nos hemos decantado por la entrevista, utilizada fundamentalmente en la investigación cualitativa, ya que nos permite acceder a la perspectiva de la persona entrevistada e indagar en su manera de entender y definir la calidad de vida. Para diseñar dicha entrevista hemos partido de los indicadores considerados responsable de la calidad de vida en las personas mayores por diversos y significativos autores, teniendo en cuenta los objetivos planteados, la población objeto de estudio y el carácter multidimensional y subjetivo de la calidad de vida.

En cuanto al análisis de los datos, hemos procedido a la lectura detenida de las transcripciones de las entrevistas, codificando la información obtenida y agrupándola en función de las categorías establecidas a priori: "Indicadores físicos", "Indicadores psicológicos", "Indicadores sociales" y "Calidad de vida".

3.- Resultados

En este trabajo presentamos los resultados pertenecientes a la categoría "Calidad de vida": todo el mundo ha oído hablar de ella si bien resulta imposible detectar un único factor responsable de la misma. Cuando la relacionan con un solo factor, aparecen, por este orden, la salud en su concepción global, el dinero en la medida en que permite satisfacer las necesidades fundamentales, las relaciones con los allegados, la autonomía y el control sobre la propia vida, la gestión del tiempo, la fidelidad a las creencias, las condiciones del medio, el enriquecimiento personal y la ausencia de conflictos. Consideran fundamental la salud para poder disfrutar de calidad de vida en la edad de la vejez, dado que se sienten más frágiles y vulnerables.

4.- Discusión

En general, mientras existe la posibilidad de seguir siendo autónomos, los mayores de edad avanzada no expresan insatisfacción con su proceso de salud-enfermedad, relativizando el valor de la presencia de dolencias físicas en su salud. Por tanto, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad han de incluir todas las dimensiones de la persona, con el fin de realizar un abordaje completo de un proceso global que supera la dimensión física.

Para la mayoría de la población llegar a viejos no es una opción, de modo que resulta fundamental prepararse para la vejez utilizando la educación para la salud desde edades tempranas y promoviendo la aceptación del proceso de envejecimiento como una parte más del proceso vital y, en consecuencia, digna de ser vivida.

Es necesario insistir en un cambio del rol asignado a las personas mayores, dejando de asociar esta edad con pasividad y dependencia del entorno y poniendo el acento en el concepto de envejecimiento activo, la autonomía y las relaciones interpersonales.

BIBLIOGRAFÍA:

Badía Llach, X. y Lara Suriñach, N. (2004). Calidad de vida. En L. Salvador-Carulla, A. Cano Sánchez y J.R. Cabo-Soler (Coords.), Longevidad. Tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida (pp. 782-789). Madrid: EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA, S.A.

Bueno, B. y Navarro, A. B. (2004). Afrontamiento y calidad de vida. Revista española de Geriatría y Gerontología, 39 (Supl. 3), 31-37.

Casas Aznar, F. y Aymerich Andreu, M. (2005). Calidad de vida de las personas mayores. En S. Pinazo Hernandis y M. Sánchez Martínez (Dirs.), Gerontología. Actualización, innovación y propuestas (117-144). Madrid: PEARSON. Prentice Hall.

Castellón Sñánchez del Pino, A. (2003): Calidad de vida en la atención al mayor. Revista multidisciplinar de Gerontología, 13 (Núm. 3), 188-192.

Costa, M. y López, E. (2000): Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid: Ediciones Pirámide

Eisner, E.W. (1998): El ojo ilustrado. Indagación cualitativa y mejora de la práctica educativa. Barcelona: Paidós.

Fernández Ballesteros, R. (1997): Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. Anuario de psicología, 73: 89-104.

Fernández-Ballesteros, R. (2004). Calidad de vida, ¿es un concepto psicológico? Revista española de Geriatría y Gerontología, 39(Supl. 3), 18-22.

Flores Bienert, MD. (Coord.) (2003): La promoción de la Salud: una perspectiva pedagógica. Valencia, Nau llibres.

García Martínez, A., Sáez Carreras, J. y Escarbajal de Haro, A. (2000): Educación para la salud. La apuesta por la calidad de vida. Madrid: ARÁN.

OMS (2001): Salud y envejecimiento. Un documento para el debate. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Sancho, M.T. y Vega, J.L. (2004). Calidad de vida y satisfacción en la vejez. Una perspectiva psicológica. Revista española de Geriatría y Gerontología, 39(supl. 3), 1.

Shalock, R.L. y Verdugo, M.A. (2003). Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid: Alianza Editorial, S.A.

POSTER 7

AUTOR/ES:

ORTIGOZA, ANALIA- TORRES, SILVANA

Sistema Provincial de Salud – Tucumán – analia_ortigoza@arnet.com.ar – (0381) 4355012 – storres@msptucuman.gov.ar

TÍTULO:

CALIDAD DE ATENCION DE ENFERMERIA EN CENTROS DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD DE LAS AREAS OPERATIVAS EL CADILLAL Y TRANCAS DE LA PROVINCIA

TEXTO DEL TRABAJO:

Fuente (s) de financiamiento:

“El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de una Beca Ramón Carrillo-Arturo Oñativia a nivel de Servicios de Salud, Categoría Iniciación, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.”

INTRODUCCIÓN.

La mejor estrategia de salud para una población es transformar los estilos de vida, una de las formas de lograrlo es a través de la aplicación de la APS, promoviendo la equidad y el compromiso decidido de todos los actores de la sociedad, entendiendo que la salud es un producto intersectorial, una resultante de complejas interacciones y que la reestructuración de los servicios de salud tiene un papel clave y fundamental para asegurar la cobertura y la calidad necesarias para lograr un verdadero impacto en los indicadores de salud de nuestra población. Por estos motivos, es que surge la iniciativa de realizar el presente estudio, como forma de buscar soluciones a problemas reiterados en la atención brindada por el Personal de Enfermería en los CAPS, como lo son la disconformidad de las autoridades, las quejas de algunos de los miembros del equipo de salud sobre el desempeño del Personal de Enfermería que impide realizar una adecuada valoración, evolución y seguimiento de los tratamientos prescritos y las denuncias expresadas por los propios pacientes/usuarios quienes manifiestan inconformidad con la atención recibida, como así también las dificultades expresadas por las enfermeras que le impiden llevar a cabo las funciones asignadas y que repercuten directamente en la calidad de los servicios brindados por el primer nivel de atención. Por todo lo expuesto, y atento a que hasta la fecha no se había realizado en las Areas Operativas (AO) El Cadillal y Trancas de la provincia de Tucumán-Argentina, investigación al respecto, es que se propone realizar la presente investigación que abarcó a los 6 CAPS del AO El Cadillal y a los 8 del AO Trancas, analizando la calidad de atención brindada por el personal de enfermería de los CAPS, según el esquema propuesto por Avedis Donabedian de: estructura, proceso y resultado. Asimismo se elevarán los resultados obtenidos a los Directores de las Areas Operativas investigadas, con el fin de que se trabaje para mejorar la atención brindada a la población y así satisfacer las necesidades sociales y profesionales de los miembros del equipo de salud, en este caso el de Enfermería.

El Objetivo General del presente trabajo es: Identificar los factores que determinan la Calidad de Atención que brinda el Personal de Enfermería en las Áreas Operativas EL Cadillal (AOEC) y Trancas (AOT) del Sistema Provincial de Salud (Si.Pro.Sa.) y los objetivos específicos son: 1)•Conocer la Calidad de la Atención brindada por el Personal de Enfermería a los usuarios de los CAPS del Área Operativa El Cadillal y del Área Operativa Trancas. 2) • Identificar los factores administrativos, de formación y culturales que influyen en la atención de enfermería. 3) Determinar el nivel de satisfacción de los clientes externos (usuarios) con los servicios otorgados y de los clientes internos (Personal de Enfermería) con las funciones que desempeñan. 4) Identificar las principales denuncias y/o sugerencias que realiza el usuario frente a la atención. 5) Analizar los datos de producción de enfermería y los sistemas de registros empleados. 6) Comparar la calidad de atención de enfermería de los servicios y áreas operativas estudiadas. 7) Comparar la satisfacción de los pacientes en relación con la calidad de atención que brinda el personal de enfermería de las Áreas Operativas El Cadillal y Trancas.

El Tipo de Estudio que se llevó a cabo es descriptivo de corte transversal, se realizó la medición de la calidad de atención de enfermería de los 6 (seis) CAPS de las Areas Operativas El Cadillal: CAPS El Cadillal, Vipos, Tapia, Raco, "Dr. C. Murga (El Siambón) y "San Pantaleón" (Ticucho); y de los 8 (ocho) CAPS del Area Operativa Trancas: CAPS Benjamín Paz, Coromoro, Chuscha, Gonzalo, Rodeo Grande, Hualinchay, San Pedro de Colalao y Las Arcas, (se destaca que el servicio Salita de Villa Vieja es una posta sanitaria y no un CAPS, atento a la resolución del Si.Pro.Sa., por tal motivo no se incluyó para el presente estudio a este servicio). Se aplicó el esquema de Avedis Donabedian de análisis de la Estructura, Proceso, y Resultado.

El Personal de Enfermería analizado estuvo comprendido por 22 individuos, 13 del Area Operativa Trancas y 9 del Area Operativa El Cadillal. Y para medir la satisfacción de los usuarios se encuestaron a 708 pacientes.-

Las variables a estudiar fueron: a) Nivel de formación en Enfermería: incluye auxiliar de enfermería, enfermera profesional/universitaria, licenciada/o en enfermería. b) Capacitación del personal de enfermería en APS y/o Salud Materno Infantil: Sí ó No. c) Sexo: las categorías son Femenino ó Masculino. d) Edad: al momento de la encuesta medida en años. e) Puesto de Nivel según nivel de formación: Nivel a: Profesionales de 5 ó más años de estudios universitarios; Nivel b: Profesionales con 3 ó 4 años de estudios universitarios; Nivel c: Agentes con menos de 3 años de estudios universitarios/terciarios; Nivel d: Agentes con Secundario y ciclo básico o con capacitación para su función; Nivel e: Agentes con Primario completo; Nivel f: Agentes con Primario incompleto. f) Función que desempeña: 1) enfermería y 2) otra (se refiere a otras actividades desarrolladas por la enfermera/o no inherentes a su función, como actividades administrativas, farmacia, servicios generales, etc.). g) Adecuación del recurso humano: Adecuado: (si existe relación entre el nivel de formación, las funciones y el puesto de nivel) ó Inadecuado (si no hay relación entre el nivel de formación, las funciones y el puesto de nivel). h) Antigüedad en el puesto: menor a 5 años, de 5 a 10 años, 11 años ó más. i) Conocimiento de las normas vigentes: se midió el grado de conocimiento sobre las normativas vigentes (se aplicó una escala de likert sobre el conocimiento de normas del PAI, Programa de IRA, TBC, Salud Sexual y Reproductiva, CPN, ETS, Crecimiento y Desarrollo), con una escala de 0 a 50 puntos: malo de 51 a 79: regular, 80 a 89: bueno, 90 o más: muy bueno.

j) Aplicación de la normativa vigente: las categorías son: siempre, a veces y nunca; k) Nivel de Satisfacción laboral del personal de enfermería: escala de Likert según puntajes se clasificará en insatisfecho: menos de 20 puntos, satisfecho: 20 a 21 ó muy satisfecho: 22 y más.

Con respecto a los usuarios las variables a estudiar fueron: a) Nivel de satisfacción del Usuario: las categorías son: insatisfactorio (0 a 26 puntos), satisfactorio (27 a 29) ó muy satisfactorio (30 puntos).

Se realizó un análisis descriptivo de las variables estudiadas, y de asociación entre las que resultaron de interés mediante los test Exacto y Chi cuadrado.

RESULTADOS

1) Evaluación de Estructura: a. 100% de los CAPS del AOT tiene conocimiento sobre el área de responsabilidad e influencia del Centro. b. Los CAPS del AOEC solo alcanzan un 100% en la disponibilidad de formularios. c. Los rubros con menor puntaje alcanzado en ambas áreas son los referidos a "recursos financieros", "características del personal" y "planta física". d. En el AOEC, un solo CAPS alcanza la categoría de "Bueno" en la evaluación de estructura y 2 se ubican en la categoría de "malo". e. En el AOT ningún servicio se encuentra ubicado en la categoría de "Malo". f. El 82% del Personal de Enfermería de las Areas es de sexo femenino, el rango de edades va de 26 a 61 años, más de la mitad del Personal de Enfermería (55%) se encuentra por encima de los 45 años de edad y el 41% tiene más de 10 años en la función que desempeña. g. El 59% del Personal de Enfermería no tiene estudios secundarios completos y el 91% es Auxiliar de Enfermería. Más de la mitad vive en la zona (55%) y en el 100% de los casos el puesto de nivel es acorde al nivel de formación.-

2) Evaluación del Proceso: a. En el AOEC casi la mitad del personal (45%) obtiene la calificación de "malo", mientras que en Trancas el 32% se ubica en la categoría de "bueno". b. El 100% del Personal conoce la normativa vigente, ubicándose en la categoría de Bueno, aunque en la aplicación de la misma el 100% la aplica "a veces". c. Con respecto a los registros de enfermería en el AOEC el 100% y en AOT el 50% se encuentra en la categoría de "malo". d. Los datos de producción de enfermería evidencian en general una subutilización de los servicios de salud con un promedio de 2 pacientes por hora y 3 prestaciones de enfermería por paciente.-

Evaluación de Resultados: a) En el AOT el 61% del personal se encuentra insatisfecho en la función que desarrolla, mientras que en el AOEC el 44% se encuentra satisfecho y el 21% muy satisfecho. b) En cuanto a la relación existente entre el Proceso de Atención de Enfermería y el Nivel de Satisfacción del Personal, observamos que los individuos que alcanzaron el nivel de “muy satisfecho” tienen la mayor proporción de clasificación “bueno” en el proceso de atención, mientras que los más insatisfechos alcanzan las mayores proporciones de “malo y regular”. c) El 74% de los usuarios encuestados corresponden al sexo femenino, el 29% es analfabeto/primario incompleto, el 97% concurre habitualmente al CAPS y el 95% vive en la zona desde que nació. d) Nivel de satisfacción de los usuarios de los CAPS del AOEC: en 2 CAPS se encuentran las mayores proporciones de pacientes “muy satisfechos”, mientras que en 3 CAPS encontramos la mayor proporción de “insatisfechos”. e) Nivel de satisfacción de los usuarios del AOT en 3 CAPS se encuentran las mayores proporciones de pacientes “muy satisfechos” y en 3 CPAS encontramos la mayor proporción de “insatisfechos”. f) El nivel de satisfacción de los Usuarios es significativamente menor en el AOEC. g) En general se expresa como punto crítico la falta de: secreto profesional, resolución de problemas y cordialidad. Se sugiere ampliar el horario de atención. h) Se observa que a mayor nivel de instrucción aumenta significativamente el nivel de “insatisfacción” en los usuarios, el grupo comprendido entre los 20 y 34 años se encuentran más insatisfechos con la atención.-

BIBLIOGRAFÍA:

- Gilmore, Farol M y Moraes Novaes, Humberto de. “Manual de Gerencia de la Calidad”. OPS, Washington DC, Vol III, 1996.-
- Hevia, R. Patricio. La participación social en la promoción de la salud. OPS/OMS. Perú 1992
- Malagón Londoño, Gustavo y otros. “Garantía de Calidad en Salud”. Ed. Médica Internacional, Bogotá, 2001.-
- Malagón – Londoño. La Salud Pública. Ed. Panamericana. Bogotá- Colombia, 2002
- Mazzáfero, Vicente. Medicina en Salud Pública. Ed. El Ateneo. 2° ed. Buenos Aires, 1994
- Peña, Flor. Enfermería Comunitaria. Universidad Femenina del sagrado Corazón. Lima- Perú.
- Martínez Navarro. Salud Pública. Ed. Interamericana. 1998
- Ministerio de Salud . Dirección Ejecutiva de Participación Comunitaria . Actividades de participación Comunitaria. Documento de Trabajo. Lima Perú 1994
- MSASN, Argentina, Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica Resol. 432/92, Decreto 1424/97.-
- Moreno, Elsa y otros. “Calidad de la Atención Primaria”. Proyecto UNI Tucumán. Tucumán 1998.-
- O.P.S. Resolución XV de la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS. Septiembre 30, 1988
- O.P.S. Salud para Todos en las Américas. Washington, D.C. 1995
- Pacheco del Cerro, Enrique. “Administración de los Servicios de Enfermería”. Ed. Síntesis S.A., España, 1995.-
- UNIVERSIDAD CAYETANO HEREDIA. Módulo de Salud Pública. Lima. Universidad Cayetano Heredia. 1997
- www.msal.gov.ar
- www.tucuman.gov.ar
- www.ops.org.ar
- www.siempro.gov.ar
- www.indec.org.ar

POSTER 11

AUTOR/ES:

Recio Rodríguez, José Ignacio; Castaño Sánchez, Yolanda; Castaño Sánchez, Carmen; Rodríguez Martín, Carmela; Sánchez Salgado, Benigna; De Cabo Laso, Ángela; García Ortiz, Luís; Gómez Marcos, Manuel Angel

TÍTULO:

Análisis de la relación entre la velocidad de la onda del pulso y la Presión arterial clínica y ambulatoria

TEXTO DEL TRABAJO:

OBJETIVO:

Analizar la relación de la velocidad de la onda del pulso con los valores de presión arterial clínica en consulta y ambulatoria mediante una MAPA de 24 horas (Monitorización ambulatoria de presión arterial), el patrón circadiano derivado (dipper, no dipper, extreme dipper o riser) y la presión del pulso en una muestra de pacientes de dos Centros de Salud de Salamanca.

MÉTODOS:

Diseño: Estudio observacional descriptivo trasversal

Ámbito: Atención Primaria

Sujetos: 80 pacientes con una edad entre 18 y 74 años seleccionados por muestreo consecutivo en las consultas de 2 Centros de Salud del área urbana de Salamanca y enviados a la Unidad de Investigación para la valoración de su Riesgo cardiovascular.

Variables: Presión arterial clínica sistólica (PAS) y diastólica (PAD), Presión arterial ambulatoria medida con MAPA de 24 horas, Presión del pulso clínica y ambulatoria, patrón circadiano y velocidad de la onda del pulso (PWV) con Sphigmocor system (Gold Standard para la valoración de la rigidez arterial).

RESULTADOS:

Sexo: 67,5% varones y 32,5% mujeres.

Edad media: 57,58 años (57,19 varones y 58,39 mujeres). $P > 0,05$

Media Presión arterial Clínica: PAS 144,60 PAD 88,16, sin diferencia entre sexos.

MAPA: 24 horas 122,69/73,66 mmHg actividad 127,02/77,60 mmHg descanso 110,39/62,63 mmHg. Sin diferencia entre sexos.

Son dipper el 56,3%, No dipper 20%, Extreme dipper 15% y Riser 8,8%.

La velocidad de la onda del pulso (pwv) media fue de 9,44 m/s. En Dipper 9,23 m/s, No dipper 10,98 m/s, Extreme dipper 8,53 m/s y Riser 9,69% ($p < 0,05$).

Se ha encontrado una correlación positiva de la PWV con la presión arterial clínica, tanto sistólica ($r = 0,55$) como diastólica ($r = 0,325$), pero no con la ambulatoria, excepto la PAS en descanso.

También hay una correlación positiva con la presión del pulso tanto clínico ($r = 0,499$) como ambulatorio ($r_{24h} = 0,413$, $r_{actividad} = 0,389$ y $r_{descanso} = 0,437$). Se ha encontrado una correlación negativa con la profundidad sistólica ($r = -0,275$) y diastólica ($r = -0,198$) medida con la MAPA.

DISCUSION:

Se ha encontrado una asociación positiva intensa entre la velocidad de la onda del pulso y la presión arterial clínica y presión del pulso y negativa con el descenso nocturno de la presión arterial.

Por lo tanto las tomas de presión arterial podrían utilizarse para valorar la rigidez arterial con menores costes sanitarios que la velocidad de la onda del pulso una vez definidos los puntos de corte óptimos en cuanto a sensibilidad y especificidad.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Mancia 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. O'Brien E, et al. European Society of Hypertension Recommendations for Conventional, Ambulatory and Home Blood Pressure Measurement. J Hypertens. 2003;21:821-48.
3. Sega R, et al. Prognostic value of ambulatory and home blood pressure compared with office blood pressure in the general population: follow-up results from the PAMELA study. Circulation. 2005;111:1777-83
4. Tatasciore A, et al Awake systolic blood pressure variability correlates with target-organ damage in hypertensive subjects. Hypertension. 2007 Aug;50(2):325-32.
5. Williams B, et al; Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial Investigators; CAFE Steering Committee and Writing Committee. Differential impact of blood pressure-lowering drugs on central aortic pressure and clinical outcomes: principal results of the Conduit Artery Function Evaluation (CAFE) study. Circulation. 2006 Mar 7;113(9):1213-2563
6. Laurent S, et al, on behalf of the European Network for non invasive investigation of large arteries. Expert consensus document on arterial stiffness: methodological issues and clinical applications. Eur Heart J. 2006;27:2588-605.
7. Mattace-Raso FU, van der Cammen TJ, Hofman A, van Popele NM, Bos ML, Schalekamp MA, Asmar R, Reneman RS, Hoeks AP, Breteler MM, Witteman JC. Arterial stiffness and risk of coronary heart disease and stroke: the Rotterdam Study. Circulation. 2006 Feb 7;113(5):657-63.
8. Willum-Hansen T, Staessen JA, Torp-Pedersen C, Rasmussen S, Thijs L, Ibsen H, Jeppesen J. Prognostic value of aortic pulse wave velocity as index of arterial stiffness in the general population. Circulation. 2006 Feb 7;113

POSTER 12

AUTOR/ES:

Rodríguez Olalla Laura, Pastor Moreno Guadalupe, Albín Rodríguez Antonio P.

TÍTULO:

Valoración de un programa de nutrición por embarazadas obesas.

TEXTO DEL TRABAJO:

1. INTRODUCCIÓN

La paciente que inicia su gestación con obesidad enfrenta retos importantes en su embarazo que pueden afectar al feto y a ella misma (1,2). Un factor relacionado con la pérdida del peso corporal y el mantenimiento de los logros alcanzados es el apoyo social y la capacidad de afrontamiento positivo de las dificultades cotidianas. Para la pérdida de peso destaca el apoyo ofrecido por profesionales y por el contexto social (3,4). Desde 2003 según los procesos asistenciales de embarazo y puerperio de la Junta de Andalucía las gestantes con obesidad grado II o superior son controladas en la consulta de Alto Riesgo Obstétrico del Centro Maternal de referencia (5). El Obstetra informa de los riesgos y la paciente participa en un Programa de Educación Nutricional. La opinión de los pacientes sobre la asistencia sanitaria que reciben adquiere una relevancia especial, interesando tanto a los gestores sanitarios como a los propios profesionales. Por ello, después del Programa, es necesario conocer la satisfacción de las pacientes que asistieron, para modificar aquellos puntos que no se consideren adecuados e introducir nuevos aspectos (6).

2. OBJETIVOS

1. Valorar el nivel de satisfacción de las gestantes obesas asistentes al programa de Educación Nutricional; 2. Conocer los aspectos más positivos del programa; 3. Conocer los aspectos más negativos del programa; 4. Establecer mejoras basadas en las propuestas de las pacientes.

3.- MÉTODOS

Para valorar la satisfacción con el programa de nutrición, se ha diseñado un cuestionario de evaluación anónimo de 11 ítems, con una escala tipo Likert que oscila de 0 (mal) a 3 (muy bien). Las variables a analizar han sido: satisfacción con los contenidos, satisfacción con el personal docente y satisfacción con la dinámica de trabajo. Se incluyen 3 ítems abiertos donde la paciente nos informa sobre aquellos aspectos más positivos y / o negativos así como de sugerencias para próximos cursos. Han participado en el estudio todas las gestantes obesas que completaron el Programa de Nutrición durante 2007, en total 37.

4.- RESULTADOS

El perfil sociodemográfico de las participantes es: 29,2 años; nivel de estudios "básico" (67,6%), procedentes de zonas rurales (67,6%) y con actividad laboral (54,1%). La satisfacción es bastante alta; lo mejor valorado ("muy bien") es la claridad en las explicaciones (94%), el personal docente (91%) y el aprendizaje obtenido (70%). Se valoran "bien" el seguimiento del aprendizaje (51,5%) y la posibilidad de utilizar la formación obtenida (70%). Los aspectos positivos más destacados son el conocimiento de buenos hábitos alimenticios (43,6%) y la composición de los alimentos (16,4%). Se valora favorablemente el realizar la educación un especialista sanitario (10,9%) y que repercuta en la salud del futuro hijo/a, como en la salud y bienestar de la familia al completo (10,6%). Los aspectos negativos, un 55,9% no perciben inconveniente alguno. Por otra parte, un 20,6% indican las molestias del desplazamiento y el control de peso en cada sesión (20,6%). En las sugerencias, proponen una mayor duración del programa y una continuidad una vez terminado el embarazo.

5.- DISCUSIÓN

Finalizado el programa las gestantes adquieren conocimientos fundamentales sobre la importancia de una alimentación sana, el uso correcto de alimentos y la habilidad de confeccionar platos, dando lugar a un aumento ponderal adecuado. Los programas de educación grupales que incorporan principios de participación y enseñanza muestran efectividad en el tratamiento de la obesidad gestacional. Debemos tener en cuenta el menor coste- efectividad de proporcionar estrategias de cuidado grupales. Un refuerzo adicional de estas sesiones grupales de educación nutricional tras el parto, podría implicar beneficios a medio y largo plazo, haciendo que estas mujeres afronten otro posible embarazo de una forma más saludable con un IMC más bajo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Banqué Molas, M. La nutrición en el embarazo. Rev ROL Enferm, 1998; (242): 17-21.
2. Gundersen C, Lohman BJ, Garasky S, Stewart S, Eisenmann, J. Food Security, Maternal Stressors, and Overweight Among Low-Income US Children: Results From the National Health and Nutrition Examination Survey (1999–2002) Pediatrics, 2008; (122): 529 -540.
3. Elfhan K, Róssner S. Who succeeds in maintaining weight loss?. A conceptual review of factors associates with weight loss maintenance and weight regain. Rev Obesity 2005; (6): 67-85.
4. Ball, K. y Crawford, D. An investigation of psychological, social and environmental correlates of obesity and weight gain in young women. International Journal of Obesity, 2006; (30): 1240-1249.
5. Consejería de Salud. Proceso Asistencial Integrado: Embarazo, Parto y Puerperio. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 2002.
6. Mira, JJ, Pérez Jover, V, Rodríguez Marín J, Tomás, O. La satisfacción del paciente quirúrgico. Cir Esp 2004;76:54-57.

POSTER 13

AUTOR/ES:

Cotes Teruel MI, Pastor Rodríguez JD, López García V, Eulogio Mellado J, Jara Cárceles J.

TÍTULO:

Prevalencia de infección por estafilococo en recién nacidos pretérmino menores de 1500g con catéter central de acceso

TEXTO DEL TRABAJO:

En el período neonatal la infección es una causa importante de morbi- mortalidad, a pesar de los grandes adelantos en el cuidado intensivo neonatal y el uso de antibióticos de amplio espectro. Casi todas las infecciones tienen lugar en el periodo neonatal precoz (primeros 7 días de vida) y tienen su causa en la exposición a microorganismos de los genitales maternos durante el parto. Sin embargo, y como consecuencia de los avances en el cuidado intensivo neonatal y la supervivencia de neonatos de muy bajo peso, que requieren periodos de hospitalización muy prolongados, la incidencia de infección tardía se ha visto incrementada en todas las unidades neonatales[1]. En los últimos años se ha reconocido al estafilococo como causa importante de bacteriemia nosocomial en el neonato. La presencia de catéteres venosos centrales es un factor de riesgo importante para estas infecciones[2].

1.OBJETIVOS:

- Conocer la prevalencia de la infección por estafilococo (S en adelante) en recién nacidos pretérmino (RNPT) con un peso <1500g con catéter central de acceso periférico (en adelante epicutáneo) dados de alta o que han sido exitus durante el año 2007 en la UCI Neonatal (UCIN) del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA) de Murcia.
- Conocer el día de aparición de la infección por S. desde la canalización del epicutáneo.

2.METODOS:

Se ha realizado un estudio transversal y retrospectivo de las historias clínicas de todos los RNPT<1500g dados de alta o exitus durante el año 2007 en nuestra UCIN[3] y posterior análisis estadístico por el método porcentual de los resultados hallados.

3. RESULTADOS:

La población de estudio comprende 107 RNPT<1500g. que han sido dados de alta (89) o han sido exitus (18) durante el año 2007. De estos 107 casos, hemos descartado 6 que no cumplían los criterios de inclusión (6 traslados de otros hospitales y 1 infección congénita). Los 100 casos tenían entre 23 y 33 semanas de gestación y el peso estaba entre 540 y 1500g. Todos los casos fueron portadores de canalización umbilical que se mantuvo entre 4 y 6 días. Cabe destacar que en 4 de los casos se aisló el staphilococo en la punta de catéter umbilical que se retiró previa a la instauración del epicutáneo.

45 de los casos fueron portadores de epicutáneo (45%), de los cuales, 34 fueron portadores de 1 (75.55%), 9 portadores de 2 (20%), 1 portador de 3 (2.22%) y 1 fue portador de 1 y un acceso yugular y femoral a lo largo del ingreso (2.22%). Los epicutáneos permanecían instaurados una media de 10.71 días. 33 portadores de epicutáneo tuvieron hemocultivo positivo (73.33%), de los cuales, en 29 se aisló staphilococo (64.44%), en 3 se aislaron otros gérmenes (6.66%) y en 1 se aislaron estafilococo y otros gérmenes (2.22%). El hemocultivo daba positivo a los 6.2 días de media desde la instauración del epicutáneo. 12 portadores de epicutáneo no tuvieron infección. Del total de casos (100), 47 tuvieron un hemocultivo positivo, siendo el 84.44% el estafilococo el germen aislado, el 19.14% positivo a otros gérmenes y el 4.25% positivo a staphilococo y otros gérmenes en hemocultivos posteriores.

4. DISCUSIÓN:

A la vista de los resultados, hemos constatado que la prevalencia de la infección por S es muy alta y supone un deterioro generalizado en el RNPT, que incluso puede llegar a poner en peligro la vida del mismo. Muchas de esas infecciones tienen como causa una mala técnica durante la inserción y manipulación del catéter. Por tanto, debemos adoptar una técnica meticulosa y basada en la mejor evidencia clínica posible, que nos garantice una ausencia del peligro potencial de infección.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Guzmán Cabañas J., Ibarra de la Rosa I., Muñoz Bonet J.I. Cuidados intensivos neonatales, en: Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos. Disponible en <http://tratado.uninet.edu/c1205i.html>
2. Guerina N.G. Infecciones Bacterianas y Fúngicas. En: Cloherty J.P., Stark A.R. manual de Cuidados Neonatales. Barcelona: 1999; Masson, S.A. p 306-338.
3. Dossier de Informes de Alta de UCI Neonatal del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca del año 2007.

POSTER 14

AUTOR/ES:

Leila Maria Mansano Sarquis 2 - Professora Adjunta da Universidade Federal do Paraná - UFPR

email: leila.sarquis@ufpr.br

Vanda Elisa Andes Felli 3 - Professora Associada da Universidade de São Paulo- USP

TÍTULO:

Promoción y educación en salud: una propuesta en la salud del profesional después de exposición a fluidos biológicos¹

TEXTO DEL TRABAJO:

A causa de la problemática de la exposición de los trabajadores de salud al riesgo ocupacional biológico y de la importancia de esos recursos como base para un sistema de salud mejor y más equitativo, la Organización Mundial de Salud ha declarado el periodo de 2005 a 2015 como la Década para la Promoción de los Recursos Humanos en Salud 1-2 El objetivo de este estudio fue monitorear los trabajadores expuestos a los fluidos biológicos, identificar las dificultades vividas en ambiente; y analizar estrategias para la minimización. Método: Se caracteriza como exploratorio, de carácter descriptivo y de abordaje cualitativo, Ejecutado en el sur del Brasil, en una unidad de atención al trabajador. La técnica de grupo³ objeto fue utilizada para recoger los datos y los discursos de los sujetos fueron tratados y sometidos al análisis temático. De todo eso, emergieron cuatro categorías. El análisis comprendió dos etapas: la primera se relaciona a los datos cuantitativos y la segunda a los cualitativos. Resultados: El análisis cuantitativo mostró que el sexo predominante fue el femenino (93%), entre profesionales de Enfermería (60%); el hospital fue el sitio de trabajo donde más ocurrió exposición (86,6%); el tipo más común de accidente fue con instrumentos perforantes cortantes; el uso inadecuado de los equipamientos de protección individual ocurrió en 40% de los accidentes; 14,4% de los trabajadores no tenían el esquema de vacunas completo; y 73,3% de los sujetos realizaron acompañamiento completo, sin soroconversión. El análisis cualitativo de las cuatro categorías permitió evidenciar que la primera – la exposición ocupacional –, ocurrió por la inadecuación y/o falta de recursos materiales; recursos humanos insuficientes; por el tipo de trabajo realizado en las unidades de salud y los comportamientos de riesgo de los trabajadores. La segunda – los sentimientos involucrados – identificó el miedo de enfermedades y de la jefatura; preocupación, indecisión; rabia y revuelta; culpa y inseguridad. La tercera – las causas de abandono del acompañamiento – ocurren por el descrédito de la gravedad y por dificultades operacionales vividas por el profesional. La cuarta categoría – las estrategias institucionales y personales – hubo propuestas por los sujetos de la investigación. Discusión: Para llegar a la prevención, intervención y acompañamiento fueron hechas proposiciones de Recomendaciones a los Servicios de Salud, compuestas primeramente por un programa de intervención y acompañamiento de los trabajadores expuestos a fluidos biológicos na Unidad de la salud de los trabajadores algunas recomendaciones para el atendimento y acompañamiento y por una Matriz de Recomendaciones, acciones en salud, categorizando actividades que deben ser ejecutadas con gerentes de servicios y sus equipos de salud en cuatro dimensiones: administrativas, asistenciales, de enseñanza y de investigación. Uno se ponía de manifiesto en este estudio que la ocurrencia de accidentes con el material biológico está relacionada con las formas mientras que la organización del trabajo se ejecuta. La organización del trabajo en salud impone un ritmo acelerado del trabajo, con escaseces o el inadequação del material y la carencia de recursos humanos, los recursos aliados a las relaciones e, muchas veces de los jerarquizadas, autoritarias. También los aspectos comportamentales de los trabajadores llaman la atención para el descrédito personal de las consecuencias, 4-7 en exposición a los líquidos biológicos. En síntesis, lo que se aprehendió con el estudio es que la forma como el trabajo en salud se organiza es el principal determinante de la exposición de los trabajadores a los fluidos biológicos. El estudio todavía torna evidente la necesaria y esencial articulación entre instituciones, unidades de atención a la salud del trabajador y secretarías de estado en beneficio de la prevención de esos accidentes con trabajadores de salud.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Brasil. Portaria n. 2.437/GM, de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST no Sistema Único de Saúde – SUS e dá outras providências [legislação na Internet]. Brasília; 2005a. [citado 2006 jan. 13]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Pot2005/GM/GM-2437.htm>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.120 de 1º de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 7 jul. 1998. Seção 1, p. 36.
3. Iervolino SA, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. Rev Esc Enferm USP. 2001;35(2):115-21.
4. Souza M. Conhecimento e aplicação das precauções universais pelos componentes da equipe de enfermagem de um hospital governamental [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1994.
5. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990. Seção 1, p.18.
6. Gir E, Takahashi RF, Oliveira Mac, Nichiata Lyi, Ciosak Si. Biossegurança em DST/AIDS: condicionantes da adesão do trabalhador de enfermagem às precauções. Rev Esc Enferm USP. 2004;38(3):245-53.
7. Felli VEA, Marziale MHP, Robazzi MLC, Alexandre NMC. Assistência à saúde do trabalhador no contexto da saúde do adulto. In: Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde do Adulto - PRROENF. Ciclo 1, Módulo 4, 2007. Porto Alegre: ABEn/ArtMed/Panamericana, 2007. p.9-44.

POSTER 20

AUTOR/ES:

Oliveira MG, Cezario KG, Machado MMT, Pagliuca LMF

TÍTULO:

Promoción de la calidad de vida de las madres ciegas: manutención de un ambiente seguro

TEXTO DEL TRABAJO:

La seguridad domiciliar es un factor relevante para una mejor calidad de vida. Innúmeros casos de accidentes domésticos son observados. Las madres ciegas, debido a su limitación visual son susceptibles a esta situación. Así, utilizan diversas estrategias de orientación y movilidad para proporcionar mejor seguridad a ella y su hijo. La enfermería presta el cuidado individualizado a esta clientela promoviendo salud y previniendo situaciones de riesgo de accidente, proporcionando, así, la manutención de un ambiente seguro. Lo modelo de Enfermería Roper-Logan-Tierney, fundamenta se en un modelo de vida, que usa una serie de actividades que, independiente de edad, sexo e circunstancias da vida, hacen parte do complexo proceso de viver. De esa forma comprende 12 actividades de vida, dentre elas: manter uno ambiente seguro¹. Enfocando especificamente la actividade de vida “Manter uno ambiente seguro”, entre las madres ciegas, inclui-se en esta a necesidad de proteccion contra agressões internas e externas visando a manutención de sua integridad física y mental. En relación aos fatores ambientais, es imprescindível que lo enfermeiro mire las condiciones de domicilio de estas madres deficientes visuais, visando identificar posibles riscos de acidentes domésticos e subsidiar práticas de prevenção². Através de este estudio objetivou se descrebir las condiciones relacionadas a la promoción de la calidad de vida de las madres ciegas: manutención de un ambiente seguro en el municipio de Fortaleza, Ceará – Brasil. Investigación realizada en Fortaleza, capital del estado de Ceará, ubicada en la región Nordeste de Brasil, en el período de marzo a mayo de 2008. Estudio cualitativo y descriptivo. Su población estimada abarca 2.000 ciegos que viven en la referida capital. Los sujetos del estudio tienen relevancia porque son una población restringida y porque el censo no es fidedigno. Participaron mujeres ciegas con hijos de 0 a 10 años, contactadas intencionalmente, a través de la técnica de bola de nieve, en la cual un sujeto indica un conocido con las características semejantes. La recolecta de datos usó el auto-relato de las madres ciegas, a través de la aproximación directa, cuando se utilizó cuestionario con preguntas objetivas de doble elección, contemplando las características de seguridad domiciliar y habitación. Esas fueron analizadas a través de frecuencias absolutas. Participaron del estudio doce madres ciegas, con edad que varió entre 21 y 44 años. De estas, la mitad estaba casada. El grado de escolaridad varió entre enseñanza fundamental incompleta (8), enseñanza media incompleta (3) y nivel superior (1). Los resultados mostraron que las habitaciones poseían escaleras (2), pasamanos (1) y piso antideslizante (2); las entrevistadas afirman que siempre dejan los muebles siempre en las mismas posiciones, sin la presencia de objetos en las áreas de circulación y las puertas internas totalmente abiertas (11). Las instalaciones eléctricas obedecen a las normas de seguridad en todos los domicilios. Se registra la presencia de tapetes (6) que son antideslizantes (4). Fue observado que ni todas las madres siguen las normas de seguridad del ambiente, algunas por falta de conocimiento de las medidas preventivas. Se reconoce que son identificados pocos problemas, y que la madre ciega se adapta a las limitaciones del ambiente, por ejemplo, usa la pared como apoyo en la escalera sin pasamanos. Sin embargo, todavía existen lagunas con relación a las cuestiones de un ambiente seguro. Considerando la presencia de niños en el ambiente domiciliar, estos problemas son relevantes. Los profesionales de la salud, principalmente enfermeros, necesitan de preparo para tratar de esas cuestiones y contribuir para la promoción de la seguridad domiciliar de la clientela ciega. Es pertinente programar educación en salud en las escuelas, hospitales, asociaciones y comunidades, a través de presentaciones o actividades enfatizando la prevención y criando estrategias para reducir el índice de accidentes domésticos. Ese tipo de situación pode ser relacionado a cuestiones como inexistência de rede de apoio familiar, condiciones precárias de vivienda o hasta mismo desinformación por parte de esta clientela³.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Holanda K.M.C. Cuidado de enfermagem à pessoa com paraplegia fundamentado no modelo Roper-Logan-Tierney. [dissertação de mestrado] Fortaleza (CE): Departamento de Enfermagem/UFC; 2007.
2. Hoeman SP. Rehabilitation nursing: process and application. St. Louis (USA): Mosby; 1996.
3. Paes Carlos E N, Gaspar VLV. As injúrias não intencionais no ambiente domiciliar: a casa segura. J Pediatr (Rio de J) [serial on the Internet]. 2005 Nov [cited 2008 Sep 13] ; 81(5): . Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000700004&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S0021-75572005000700004.

POSTER 21

AUTOR/ES:

M^a Cristina Salvadó Hernández
ABS. Viladecans 1 (Pr. Barcelona). España
e-mail : crisalvadoc@gmail.com

TÍTULO:

Efectividad del taller de formación sobre cuidados neonatales a futuros padres en Atención Primaria

TEXTO DEL TRABAJO:

1-Objetivos

-Conocer la efectividad del taller de formación sobre cuidados neonatales en relación con los conocimientos de los cuidados del recién nacido adquiridos por parte de los futuros padres.

2- Métodos

Se planteó un diseño quasi-experimental pretest-postest de un solo grupo. Se realizó en el Centro de Asistencia Primaria de Viladecans 1 (Barcelona). Los sujetos de estudio fueron todos los futuros padres (madres y padres) que participaron en los cursos pre-parto desde diciembre del 2006 hasta noviembre 2007 (6 sesiones en total). Se les solicitó el consentimiento oral, informándoles previamente sobre los objetivos del proyecto, garantizándoles el anonimato y la confidencialidad de los datos. La recogida de datos se hizo mediante un cuestionario elaborado ad hoc con datos generales (edad, sexo) y sobre conocimientos relacionados con aspectos fisiológicos (aspecto físico normal del recién nacido, leche materna, deposiciones, estornudos, fontanelas, mancha mongólica, menstruaciones al nacer) conocimientos relacionados con cuidados (ombligo) y conocimientos relacionados con signos de alarma (fiebre) y un cuestionario elaborado ad hoc de evaluación global del taller (metodología, condiciones ambientales, valoración global, lo más positivo, lo más negativo y a mejorar). Ambos cuestionarios se valoraron en una escala de 0-10, siendo 0 el valor mínimo y 10 el valor máximo. Los datos han sido analizados con el paquete de programas estadísticos SPSS 12.0. Se realizó un análisis descriptivo para todas las variables.

3- Resultados

Se recogieron un total de 52 cuestionarios pre-post intervención válidos y 55 cuestionarios de evaluación del taller, de un total de 72 sujetos de estudio. El 73,6 % (53) eran mujeres. El 80% (58) de los padres y madres, tenían edades comprendidas entre 26 y 35 años. Con respecto al cuestionario de conocimientos la mediana de las respuestas correctas en el pre-test fue de 4 (mín 0- máx 5) y en el post-test de 10 (mín 5- max 10). En el pre-test, el 59,7%(43) desconocían la existencia de fontanelas, el 29,2% (21) indicó que las menstruaciones en el recién nacido no existen y el 34,7% (25) lo desconocían, el 65,3% (47) indicó que la leche más rica en grasa es el calostro. En el post-test el 96,2% (50) sabían que hay dos fontanelas, el 100% (52) sabían lo que es una mancha mongólica, el 94,2 % (49) sabían que las menstruaciones son normales y secundarias a las hormonas de la madre y el 94,2% (49) dijeron que la leche más rica en grasas es la leche definitiva. En el post-test hubo una pérdida de recogida de datos de 20 sujetos de estudio.

Con respecto al cuestionario de valoración del taller un 83,6% (46) lo valoraron entre 8-10, destacando la utilidad un 94,6% (52) y el interés despertado un 95,5% (53). Un 41,8% (23) valoraron como negativo las malas condiciones del aula y mobiliario y un 21,8 % (12) solicitaron hacer más de un taller.

4- Discusión

Los futuros padres (madres y padres) han alcanzado un nivel de conocimientos adecuados para cuidar de su futuro bebé. Han adquirido conocimientos sobre los aspectos fisiológicos normales de un recién nacido (deposiciones, fontanelas, aspecto de la piel, tipos de alimentación, prevención de accidentes, etc), sobre síntomas de alarma como la fiebre, deshidratación, y cuidados normales en el recién nacido, baño, hidratación y especialmente la cura del ombligo. Los resultados obtenidos, tanto de adquisición de conocimientos por parte de los futuros padres, como su valoración global del taller, nos animan a seguir con los talleres para los futuros padres, mejorando y adaptándonos a las constantes demandas de ellos, en un ambiente de intercambio de conocimientos, clarificando dudas, dándoles soporte, apoyo y una información real y adecuada, intentando mejorar dentro de nuestras posibilidades de espacio físico las condiciones del aula y mobiliario.

BIBLIOGRAFÍA:

-Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 2. Art. No.: CD002869. DOI: 10.1002/14651858.CD002869.pub2

- Nyström K, Ohrling K. Parenthood experiences during the child's first year: literature review. J Adv Nurs. 2004 May;46(3):319-30

POSTER 22

AUTOR/ES:

Fernández Rodríguez, Vicente. y Guerra Martín, M^a Dolores.

TÍTULO:

Valoración inicial del paciente para planificar los cuidados.

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción:

La Valoración inicial constituye una de las herramientas más importantes para poder planificar los cuidados que precisan los pacientes en un hospital y poder garantizar los cuidados que pueda precisar al alta del hospital.

Objetivos:

Planificar los cuidados que precise el paciente tras su estancia hospitalaria y la persona cuidadora.

Métodos:

Realizamos un registro de valoración del paciente al ingreso, valorándose los problemas de autonomía, independencia y colaboración conocimientos del paciente. Los conocimientos del paciente sobre el diagnóstico/ pronóstico de su enfermedad y de los autocuidados que precisa. Escala de Barthel, al ingreso y al alta. Nivel de dependencia y valoración de la persona cuidadora.

Resultados:

Se valoraron 234 pacientes de una edad media 77,73 años de y una estancia media de ingreso 13,64 días de los cuales 104 eran hombre y 130 mujeres. Observándose al ingreso un Barthel de 7% independiente, dependencia leve un 18,3%, dependencia moderada un 12,2%, dependencia grave 13,1% y dependencia total un 49,3%. Al alta era de un 11,7% independiente, dependencia leve un 16,5%, dependencia moderada un 6,3%, dependencia grave 14,6% y dependencia total un 51%.

El 91,2% tenían cuidadores y un 89,5 precisaban personas cuidadoras al alta

Durante la estancia del paciente un 64,5% de las personas cuidadoras precisaron formación mientras que el 48,6% de las personas cuidadoras precisaban ayuda para los cuidados de los pacientes.

El 82,7% de los pacientes vivían con su familia

Discusión:

Al poder realizar la valoración en las primeras 24 horas del ingreso del paciente se puede realizar una mejor planificación los cuidados que precisa el paciente al alta y el soporte que puede precisar al alta para el paciente y las personas cuidadoras.

El personal de enfermería valora las necesidades de cuidados del paciente y cuidadora planifica los cuidados durante el ingreso y al alta.

BIBLIOGRAFÍA:

- Luis MT. (2006). Diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Madrid: Masson.
- Proyecto de clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC) (2005). Iowa. Clasificación de intervenciones de enfermería. Madrid:Harcourt Mosby.
- Proyecto de Clasificación de Resultados de enfermería (NOC) (2005). Iowa. Clasificación de intervenciones de enfermería. Madrid:Harcourt Mosby.
- Alfaro-Lefebre, R. (2003). "Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración" . Madrid: Masson
- Diagnósticos de Enfermería: Definiciones y clasificación 2005-2006. (2005). North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Madrid: Elsevier.
- Servicio Andaluz de Salud. (2008). Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico.
www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion5

POSTER 23

AUTOR/ES:

Donate Suárez I, Redondo Cornejo M, García de Barros M, Argüelles Suárez M.

TÍTULO:

Las encuestas de salud: una propuesta metodológica.

TEXTO DEL TRABAJO:

Las encuestas de salud son un elemento esencial en la toma de decisiones para la planificación de la salud, dado que nos aportan un conocimiento muy importante sobre diversos factores relacionados con la misma basado en la óptica de los/las ciudadanos/as: aspectos epidemiológicos, estilos de vida, utilización de servicios sanitarios, tendencias y opiniones de los ciudadanos, etcétera.

La Encuesta de Salud para Asturias (ESA08) es la segunda encuesta poblacional que abarca la totalidad del fenómeno salud que se realiza en nuestra Comunidad, tras la del año 2002. Se desarrolló en el primer semestre del presente año y sus principales objetivos son :1) conocer y monitorizar la salud y calidad de vida percibida por la población, los hábitos o estilos de vida y la utilización de los servicios sanitarios, 2) identificar los principales grupos a riesgo en la salud, en los hábitos de vida y en el acceso a los servicios sanitarios, 3) detectar desigualdades en salud por género, edad, hábitat, origen, discapacidad, economía y clase social, y, por último, 4) observar y detectar cambios con respecto a la I Encuesta de Salud.

En su ejecución se optó por la realización de una entrevista domiciliaria estructurada a 2.495 personas residentes en Asturias, de 16 años o más de edad, seleccionadas por muestreo por área sanitaria, edad y sexo, proporcional a la población asturiana.

Los contenidos de la ESA08 son :1.- Morbilidad Declarada: aguda, crónica y discapacidades, accidentes, 2.- Salud Percibida y Calidad Vida: grado de salud, felicidad, autonomía, limitaciones, desigualdades, discriminación, maltrato, violencia, calidad de vida, 3.- Estilos de Vida: actividad física, tabaco, alcohol, peso y talla, sueño, ocio, 4.- Prácticas Preventivas: actividades de cribado o despistaje, vacunaciones y seguridad vial, 5.- Situación Sociodemográfica y Económica: información personal, nivel de estudios, actividad y autopercepción laboral, empleo, nivel económico, 6.- Redes Sociales y Ayuda Social: autoayuda, confianza, dependencia, convivencia, asociacionismo, 7.- Uso de Servicios Sanitarios: aseguramiento, prestaciones solicitadas, utilización en Atención Primaria, Especializada y en Salud Pública, hospitalización, opinión y conocimiento del sistema sanitario.

Las principales novedades que se plantearon en la ESA 2008 respecto de la anterior encuesta son, por una parte, el profundizar en algunos aspectos relacionados con la calidad de vida, las desigualdades sociales y los estilos de vida: ejercicio físico, descanso, nutrición, tabaco, alcohol, etcétera y, por otra parte, se incorporan preguntas nuevas sobre sexualidad y relaciones sexuales, salud mental, medio ambiente, maltrato y violencia, país de origen y discriminación. Además, refuerza en todos los ámbitos la perspectiva de género tanto en el diseño como en el análisis de la encuesta. Asimismo se pretende, en la fase de análisis, establecer un estudio pormenorizado de desigualdades en salud por género, edad, hábitat, origen, discapacidad, economía y clase social. Todas estas novedades intentan obtener información sobre los nuevos aspectos de la salud y se integran en un proceso de convergencia con las encuestas de salud a nivel de Europa y de España. Tanto en la fase de diseño, como en la de ejecución y en el posterior análisis de resultados, los profesionales de enfermería hemos colaborado activamente en todos los grupos de trabajo aportando nuestro punto de vista e integrando variables que permitan evaluar aspectos propios de nuestro trabajo. Por esta razón nuestro colectivo hizo mucho hincapié en el análisis de la encuesta bajo la perspectiva de género y en la percepción que tienen los ciudadanos/as del papel y funciones que dentro del sistema sanitario representa el profesional de enfermería, y también, en la realización de un estudio específico sobre desigualdades en salud. Todas estas actividades están muy presentes en nuestro quehacer cotidiano e impregnan muchos de los programas con proyección comunitaria que desarrollamos.

Próximamente se expondrán los resultados que nos afectan como colectivo profesional.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Margolles Martins M. Encuesta de Salud para Asturias, análisis global 2003. Informe Técnico. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Salud. Principado de Asturias.
2. Rodríguez Blas C. Encuesta Nacional de Salud. Rev Estadística y Sociedad 2007; (20): 9-21.
3. Mompart A, Medina A, Brugulat P, Tresserras. Encuesta de Salud de Catalunya 2006. Rev Estadística y Sociedad 2007; (20):19-22.
4. Rohlf I, Borrell C, Anitua C, y cols. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. Gac Sanit 2000;14 (2):146-155.
5. Rabin R, Charro F. Euroqol Group Foundation. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. Ann Med 2001;33:337-343.

POSTER 25

AUTOR/ES:

González AC, Pisano M, González-Pienda JA, Núñez JC

TÍTULO:

Inteligencia emocional y cumplimiento en Atención Primaria

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción: En este trabajo se estudian las relaciones existentes entre las variables que conforman el pensamiento constructivo y la adherencia al tratamiento. Dadas las altas tasas de incumplimiento al tratamiento farmacológico, la dieta o el ejercicio físico, es necesario profundizar en el estudio de las variables psicológicas que influyen en el comportamiento de modificación de hábitos, y nos orienten hacia perfiles de personalidad cumplidora e incumplidora.

Para el estudio de las variables psicológicas se utiliza un cuestionario que mide el Pensamiento Constructivo Global (PCG) y en concreto la inteligencia emocional, que se define como una estructura de pensamiento flexible, es la capacidad de adaptar los modos de pensar a las modalidades de las diferentes situaciones.

Objetivo General: Conocer qué características del pensamiento constructivo global influyen y en qué grado se relacionan con la adherencia al tratamiento

Material y métodos:

Diseño: Estudio transversal.

Muestra: Muestreo aleatorio simple en usuarios de dos Centros de Atención Primaria de Asturias y León con tratamiento para uno o varios problemas de salud (confianza 95%, error relativo 5%, N= 141) en el primer trimestre del 2006.

Variables: características sociodemográficas, cumplimiento del tratamiento (se valoró mediante 4 diagnósticos de la NANDA: Manejo efectivo del régimen terapéutico personal, Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal, Incumplimiento del tratamiento y Afrontamiento defensivo), inteligencia emocional o pensamiento constructivo global (cuestionario CTI).

Se obtuvo consentimiento informado y se aseguró el anonimato y la confidencialidad de los datos.

Se obtuvo consentimiento del Comité de Ética Asistencial.

Análisis: descriptivo, de correlación, de medias marginales estimadas y de las pruebas de los efectos intersujetos.

Resultados: N=141. Sexo: 59% mujeres, 41% hombres. Edad media: 58 años (DE: 16,45). La adherencia al tratamiento de fármacos es muy superior (81,6 %) al resto de las adherencias a dieta (34,8%) y a ejercicio físico (37,6%). Las puntuaciones mejores del CTI las presentaron el grupo de "afrentamiento defensivo" y las peores los de "incumplimiento del régimen terapéutico".

Conclusiones: El conocimiento es sólo el primer paso para realizar un cambio. Los encuestados tenían conocimientos aceptables de su tratamiento, pero no modificaron sus hábitos de vida. Se puede deducir, que los mayores esfuerzos no deben de ir dirigidos a la adherencia a los fármacos, sino al complejo cambio conductual que se deriva del resto de las indicaciones terapéuticas. Los valores más claros los posee el grupo de incumplidores, con bajas puntuaciones en las escalas más contractivas (capacidad de sobreponerse, eficacia, emotividad, impasibilidad, actividad, intolerancia y creencias irracionales). Esta tendencia conforma una persona que vive los consejos de forma amenazante y reacciona de forma más o menos agresiva hacia sí mismo y hacia los demás.

El grupo de los diagnosticados como "Afrontamiento defensivo" están en la fase de precontemplación. Saben que tiene un problema de salud pero no movilizan recursos de cambio. Parece que no lo ven ni como amenaza, y siguen igual. Los dos grupos intermedios son el manejo efectivo e inefectivo de la salud. Se sitúan en puntuaciones positivas del CTI de forma más gradual. Ésta similitud sugiere que el manejo inefectivo está en el camino correcto, y que puede ser sólo cuestión de tiempo que adquiera bien la destreza, bien el conocimiento o bien la constancia para que su manejo se torne en efectivo.

La conclusión final sería una pregunta: cuando se interviene para mejorar la adherencia a un tratamiento o cambio de hábito ¿Se respeta la inteligencia racional o emocional que este grupo posee para adaptarse con mínimo estrés a acontecimientos vitales?

BIBLIOGRAFÍA:

Epstein, S. (2003). Inventario de Pensamiento Constructivo (CTI). Una medida de la inteligencia emocional, Madrid: Ed TEA.

Goleman, D. (1997). La Inteligencia Emocional. Buenos Aires: Ed Javier Vergara.

Goleman, D. (2000). El Espíritu creativo. Buenos Aires: Ed Javier Vergara.

POSTER 26

AUTOR/ES:

CARVALHO, CML. Enfermeira, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará/Brasil - UFC.. E-mail: carol.mlc@uol.com.br.

GALVÃO, MTG. Profa. Dr^a do Programa de Pós-Graduação da UFC/Brasil.

TÍTULO:

MUJERES CON SIDA VIVENCIANDO LA EXCLUSIÓN SOCIAL

TEXTO DEL TRABAJO:

El principal objetivo de este estudio recae en la intención de relatar la exclusión social que las mujeres portadoras de VIH/SIDA vivenciam en el transcurso de la infección. Retrata un estudio exploratório, de carácter descriptivo, con abordaje cualitativo. Para identificar el fenómeno de la exclusión social, en el presente texto, se utilizó como modalidad de investigación la Historia Oral Temática. El estudio fue desarrollado en una enfermería de un hospital público de referencia en enfermedades infecto-contagiosas del Estado de Ceará, localizado en el Municipio de Fortaleza/Brasil. Las participantes del estudio fueron diez mujeres portadoras del VIH o con SIDA ingresadas en unidad hospitalaria. Se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento un guión semi-estructurado. Así, la Historia Oral Temática fue obtenida mediante las cuestiones norteadoras y el objetivo de la utilización de esta entrevista es dejar las mujeres libres para los relatos de sus experiencias de vida. En el análisis de datos de las entrevistas, para la transformación del relato oral para un texto escrito, se utilizó las etapas indicadas por Meihy (1996) y Correa (1978) que son: "transcripción", "textualização" y la "transcrição". Para analizar el conjunto de las hablas en las historias de las participantes, se utilizó el referencial metodológico de Bardin (2004). El aislamiento del paciente con VIH/SIDA es exacerbado por los temores de la persona saludable. cónyuges, familiares y amigos pueden alejarse por miedo del contagio, repulsa por las alteraciones físicas, ansiedad, incertidumbre, inseguridad y profunda frustración por no poder ayudar. Un simple gesto de cariño, como un beso o un abrazo, se hace cargado de tensión. El hecho de que no soportaran el prejuicio y el rechazo por parte de las personas que se alejan lleva esas mujeres a que recurran al aislamiento, a la fuga para dentro de sí mismas. Así, en una tentativa de preservar su identidad, la mujer soropositiva habed a asumir una conducta que favorezca las relaciones consigo misma, de modo a asegurar su dignidad y su auto-respeto. Ellas, por miedo y vergüenza, evitan contactos sociales y algunas hasta pierden la gana de vivir. El camino trillado en las historias de vida reveló, a través de las hablas, que estas mujeres, en el transcurso de la exclusión social que hay delante de la Sida, se retraen, se aíslan por miedo del prejuicio. Modifican sus estilos de vida y sus rutinas, alejándose de los demás y a los pocos dejando de lado la gana de existir. En la presente investigación, las mujeres expresaron que la vida cambió, pues dejaron de hacer lo que gustaban, la diversión se quedó para tras, y es la soledad que está llenando el espacio vacío en sus vidas. Se percibió al largo de los relatos de las historias de vida de las mujeres investigadas lo cuánto ellas se sienten, marcadas delante de la infección que vivenciam. Las mujeres relatan sentimientos de rechazo y desamparo por parte de componentes familiares y conocidos, que pongan, a pesar de las adversidades, se observa que también hay personas capaces de demostrar cariño y solidaridad en los momentos difíciles, dividiendo con el otro el problema vivenciado. Se nota que estas manifestaciones solidarias son extremadamente significativas en la vida de esas mujeres, sirviendo para amenizar esa "culpa cargada" por ellas. Entre las mujeres de la investigación, los miembros de la familia, en especial "la madre", ocupan un lugar de destaque, visto que el grupo familiar constituye un núcleo básico en la vida de las personas. La familia puede significar un punto de apoyo en lo cual esas mujeres encuentran confort, sobre todo en lo que se refiere su auto-estima y aceptación, elementos esenciales para el enfrentamiento de la enfermedad. Se observa que poder compartir el sufrimiento con el grupo familiar favorece el encuentro del sentido de vida por lo retorno de la esperanza. A partir de los testimonios, se comprende que la familia ocupa un espacio importante en la vida de esas mujeres, también sufriendo un impacto con el diagnóstico de VIH/SIDA. Así, las pacientes y los miembros familiares necesitan de un soporte emocional del equipo de salud.

BIBLIOGRAFÍA:

Meihy JCSB. Manual de História Oral. São Paulo: Loyola, 1996.

Correa CHP. História oral; teoria e técnica. Florianópolis: UFSC, 1978.

Bardin L. Análise de Conteúdo. 3ed. Lisboa: Persona, 2004.

POSTER 27

AUTOR/ES:

Martín-Crespo Blanco MC, Caravantes Marín MI, García Mas JM, Gómez González B

TÍTULO:

Niveles de ansiedad rasgo y estado en el periodo intraoperatorio en los pacientes intervenidos en el Hospital Virgen de Altagracia.

TEXTO DEL TRABAJO:

1. OBJETIVO. Describir los niveles de ansiedad rasgo y estado de los pacientes sometidos a intervención quirúrgica durante el período intraoperatorio.

2. MÉTODO. Estudio descriptivo transversal realizado en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Comarcal Virgen de Altagracia de Manzanares (Ciudad Real) con anestesia epidural, intradural, loco-regional, local, tópica, subtenoniana, retrobulbar y sin anestesia.

La población está constituida por N=512 pacientes de los que se ha seleccionado una muestra mediante muestreo aleatorio simple de n=35 individuos. Se excluyeron aquellos pacientes que habían sido intervenidos con anterioridad de la misma patología, los que rechazaron colaborar en el estudio y aquellos con los que resultó difícil establecer una comunicación fluida.

Variables: En el preoperatorio se midieron los niveles de ansiedad rasgo y ansiedad estado, la edad, sexo y estado civil. La recogida de datos se realizó utilizando el Inventario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI) . Dicho cuestionario se divide en 2 inventarios, ansiedad-rasgo y ansiedad-estado. Cada uno de ellos consta de 20 preguntas en las que se mide el grado de ansiedad con un rango de respuesta de 0 a 60, midiendo el grado de ansiedad según la personalidad del paciente (ansiedad-rasgo) y la ansiedad en un momento puntual (ansiedad-estado).

Consideraciones éticas: Se puso en conocimiento de la institución la realización del estudio y se entregó a los participantes un documento de consentimiento informado en el que se informaba de los objetivos del estudio, así como del carácter voluntario de su participación.

3. RESULTADOS. Se presentan los resultados preliminares obtenidos durante la realización del estudio piloto del estudio "Efecto de la intervención enfermera durante el intraoperatorio en el grado de ansiedad del paciente quirúrgico en el hospital comarcal Virgen de Altagracia de Manzanares (Ciudad Real)" FIS PI07/0947.

En el estudio piloto han participado un total de 38 sujetos, 26 pertenecen al grupo experimental y 12 al control. Los sujetos participantes eran en su mayoría mujeres (el 63.2% frente al 36.8% de hombres) y el 81.6% son casados. La media de edad se sitúa en 56.13 años (el rango de edades comprende desde los 18 hasta los 83 años). Las mujeres presentan una mayor puntuación de ansiedad que los hombres, según la puntuación obtenida en el cuestionario de ansiedad-rasgo. En cuanto al estado civil, las personas no casadas (separados, viudos y solteros) presentan puntuaciones más bajas de ansiedad que la media general. Antes de la intervención, el grupo control se encuentra más calmado que el grupo experimental, existiendo diferencias significativas entre ambos en 9 de los 20 ítems que mide el cuestionario, sin embargo, si tomamos como control el propio individuo, observamos que los niveles de ansiedad antes y después de la cirugía disminuyen más en el grupo experimental que en el control.

4. DISCUSIÓN. En nuestro estudio, son las personas no casadas, principalmente las viudas, las que menos ansiedad presentan, algo que contradice la bibliografía consultada. Una posible explicación a este hecho puede ser que la mayoría de estas personas vivían con sus hijos y nietos, por lo que, no había un aislamiento social.

Llama la atención el hecho de que las personas que pertenecen al grupo control tengan menos ansiedad que los sujetos del grupo experimental en el antequirófano, algo que puede ser debido a que en muchas ocasiones, esta cirugía es electiva. Después de la intervención, el grupo control presenta niveles mayores de ansiedad, tal vez a consecuencia de las propias características de la intervención.

Observamos que, aunque en la mayoría de los pacientes la información sobre el proceso de la cirugía disminuía los niveles de ansiedad, en algún caso se produjo el efecto contrario (aumentó la ansiedad), por lo que creemos que se debería preguntar a los pacientes si quieren recibir información sobre el desarrollo de la intervención en el momento intraoperatorio.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1) Marín Romero I, Martínez Gómez P, Ponsich Pubill J, Pubill Grasa M. Ansiedad en paciente intervenidos de rodilla (Prótesis Total Rodilla). *Enferm Global* 2004; 4:1-11.
- 2) Spielberger ChD, Gorsuch RL, Lushene RE. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Madrid: TEA; 1982.
- 3) Novel Martí G, Navarro Gómez V. Comunicación y seguridad como necesidades fundamentales de la persona. En: Navarro Gómez V, Novel Martí G. *Enfermería médico-quirúrgica. Necesidad de comunicación y seguridad*. Barcelona: Masson; 2000. p. 3-9.
- 4) Cereijo Garea C, Pueyo González B, Mosquera Ferreiro F. Información y educación del paciente en cirugía ambulatoria. *Cir Mayor Ambul* 2005; 10(4):165-71.
- 5) Simões Flório MC, Galván CM. Cirugía ambulatorial: Identificacáo dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003; 11(5):630-7.
- 6) Lancaster KA. Patient teaching in ambulatory surgery. *Nurs Clin N AM* 1997; 32(2):417-27.
- 7) McDonald S, Hetrick S, Green S. Educación prequirúrgica para el reemplazo de cadera o de rodilla (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 4*. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 4. Chichester, UK:John Wiley & Sons, Ltd). Fecha de modificación más reciente: 23 de noviembre de 2003.
- 8) Cuñado Barrio A, Legarre Gil MJ, Ruiz Castón J, Silveira de la Torre J, Caballero Martínez L, García López F. Efecto de una visita enfermera estructurada e individualizada en la ansiedad de los pacientes quirúrgicos: ensayo clínico aleatorizado. *Enferm Clin* 1999; 9(3):98-104.
- 9) Gálvez Toro A, Bonill de la Nieves C, Torres Luzón C, Rodríguez Bailón M, Ayudarte Larios ML. Experiencia sobre la visita prequirúrgica: una revisión de evidencias. *Evidentia* 2006 mar-abr; 3(8). En : <http://www.index-f.com/evidentia/n8/213articulo.php>
- 10) Grieve RJ. Day surgery preoperative anxiety reduction and coping strategies. *Br J Nursing* 2002; 11(10): 670-8

POSTER 28

AUTOR/ES:

Jesús Cortes Carmona, Francisco Javier Miralles Andujar, Ana Isabel Hernández Sánchez, Alicia García Olert, Paola Nuria Rodríguez Rodríguez, Anjana Doulatram Nanwani, Sonsoles López Hirschfeld, Reina Levy Abitbol.

TÍTULO:

RCP Hospitalaria: una asignatura pendiente.

TEXTO DEL TRABAJO:

Objetivo

Definir, si los hubiese, cuáles son los déficit de nuestro hospital al respecto de la RCP y establecer así un punto de partida que permita implementar una estrategia de resolución de problemas.

Material y metodos

El ámbito de estudio es el Hospital Comarcal de Melilla, con una dotación de 168 camas y una media de 7000 ingresos/año.

Se elaboró un listado, consensuado con los facultativos de medicina intensiva, todos ellos con amplia experiencia en RCP; con el material que debería componer el carro de parada (CP) en la generalidad de las unidades y adecuándolo, en las situaciones que fuese necesario, a las necesidades de la unidad en concreto (UCI, Neonatología, Quirófano, Pediatría). Bajo los criterios de este listado, y sin previo aviso, se evaluó la composición de todos y cada uno de los CP del hospital. Asimismo, se evaluaron aspectos del CP relativos a su ubicación, disposición y orden del material y estado de revisión.

Por último se pasó una encuesta a los profesionales, tanto de enfermería como facultativos (con carácter voluntario), para evaluar el conocimiento acerca del CP, modelo de respuesta en caso de PCR y por último; datos relativos a su formación en RCP avanzada.

El tratamiento estadístico se realizó con el programa SPSS® v. 15.0 para Windows®.

Resultados

Se analizaron un total de 13 CP, correspondientes a 12 unidades diferentes, con los siguientes resultados:

Ninguno de los CP analizados cumplía en su totalidad con los criterios establecidos. Ante los resultados optamos por disminuir el listado a sólo 23 de los 42 ítems iniciales, entendiendo que, aún con deficiencias, y complicando el desarrollo de las maniobras de RCP; el CP podía cumplir su función sin limitar la eficacia de las mismas. Nuevamente ninguno de los carros de parada podía asegurar el mantenimiento de una RCP avanzada.

Encontramos faltas en el 95% de los ítems analizados. La media de faltas por cada CP fue de 17 (13-23) sin apreciarse diferencias significativas entre los diferentes apartados en los que dividimos el material; así, encontramos un total 73 faltas en el apartado de Vía aérea, 68 en el de Circulación y 87 referidas a Medicación.

Conclusiones y discusión

Los datos negativos que arrojan los criterios relativos a la organización en caso de PCR y composición del CP son entendibles, aunque no justificables, si partimos de la base de que el hospital no dispone de una guía de actuación en PCR que normalice aspectos fundamentales de la RCP tales como evaluación del riesgo, sistema de alerta de parada y modelo de respuesta a las situaciones críticas así como la normalización y unificación del equipamiento de emergencias; incluyendo su ubicación y señalización.

Queda clara la necesidad de articular un procedimiento de revisión del CP, delimitando responsabilidades y aptitudes, que asegure un cumplimiento estricto y, por tanto, la completa operatividad del equipamiento en caso necesario.

Llama la atención que el 44% (44) de los encuestados, dada las características de los servicios evaluados, entiende que los pacientes de los que habitualmente se responsabiliza, no tienen riesgo elevado de presentar PCR. Esto debe alertarnos sobre la necesidad de enfatizar la prevención del PCR en los programas de enseñanza en RCP.

La detección del déficit referido a la asistencia al PCR en nuestro hospital nos ha servido para acercarnos a la consecución del objetivo que nos marcamos al principio: el desarrollo de un Plan de RCP hospitalaria que integre todas y cada una de sus vertientes.

POSTER 34

AUTOR/ES:

Valero Cabrera, Carmen; Parra Perea, Julia; López Vergara, Encarnación
Centro de trabajo: Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.
Dirección de Contacto: C/ Roelas, nº 10. 14001. Córdoba. FIS: PI042155

TÍTULO:

"DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS MÁS PREVALENTES EN PACIENTES CRÓNICOS, ANTE EL INICIO, CAMBIO O AGRAVAMIENTO DE LA ENFERMEDAD"

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción:

Las Enfermedades crónicas se han convertido en uno de los principales problemas para los enfermos y sus familias. Esto ha hecho que los profesionales de la salud hayan tenido que prestar una especial atención y responder a un creciente rol de ayuda, suponiendo un importante reto para la enfermería.

1.- Objetivo(s): Identificar el nivel de adaptación que tienen los pacientes ante el inicio, cambio importante o el agravamiento de una enfermedad crónica degenerativa.

Objetivos específicos:

- Identificar la prevalencia de deterioro de la adaptación.
- Identificar la prevalencia de afrontamiento inefectivo.
- Identificar la prevalencia de otros problemas o situaciones: ansiedad, negación ineficaz, manejo inefectivo del régimen terapéutico (no lo hace), manejo inefectivo del régimen terapéutico (no es efectivo), negativa al tratamiento.
- Identificar los factores etiológicos más frecuentes relacionado con los diagnósticos enfermeros: deterioro de la adaptación y afrontamiento inefectivo.

2.- Método:

- Estudio transversal.
- Muestreo consecutivo. Muestra: 124 pacientes con enfermedad pulmonar crónica degenerativa conocida o debut de la misma, ingresados en un hospital de tercer nivel.
- Variables dependientes: Ansiedad. Negación ineficaz. Afrontamiento inefectivo. Manejo ineficaz del régimen terapéutico (no lo hace). Manejo ineficaz del régimen terapéutico (no es efectivo). Negativa al tratamiento y deterioro de la adaptación/Desempeño inefectivo del rol.
- Variables independientes: Características del episodio. Características del paciente. Estados, conductas o percepciones dependientes de las intervenciones enfermeras.
- Instrumentos de recogida de datos: Entrevista, revisión de la historia clínica y utilización de escalas de valoración (HAD, COPE Inventory, GAF-EEAG)

3.- Resultados:

Prevalencia de deterioro de la adaptación 42,70%; Prevalencia de afrontamiento inefectivo 59,70%; Prevalencia de ansiedad 50%; Prevalencia de negación ineficaz 14,50%; Prevalencia de manejo inefectivo de regimen terapéutico (no lo hace) 13,70%; Prevalencia de manejo inefectivo de regimen terapéutico (no es efectivo) 66,10%; Prevalencia de negativa al tratamiento 3,20%.

Las factores relacionados con el deterioro de la adaptación son: agravamiento ($p=0,025$), con estudios ($p=0,049$), autónomo ($p= 0,026$) y soporte social ($p=0.007$).

Los factores relacionados con el afrontamiento inefectivo son: la comorbilidad ($p=0,011$) y soporte social ($p=0,016$).

4.- Discusión:

Los datos relacionados, muestran a un hombre con enfermedad crónica, en proceso de agravamiento, media de edad algo superior a 60 años, con estudios primarios, en situación de baja laboral, comorbilidad y nivel funcional autónomo. Presenta conocimientos de la enfermedad, con una conducta terapéutica manifestada que no le llevan a una percepción de la gravedad del síntoma ni a su control, con moderadas creencias de autoeficacia y ocasionalmente manifestadas habilidades de autogestión de autocuidado. No aceptación del estado de salud, con soporte social y manifestadas habilidades de afrontamiento. La prevalencia de afrontamiento inefectivo no parece corresponderse con una prevalencia de deterioro de la adaptación. La prevalencia de la ansiedad no nos permite discriminar su posible relación con la adaptación o el afrontamiento. La comorbilidad y el escaso soporte social parece no llevar a un mayor riesgo de afrontamiento inefectivo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Carels RA. The association between disease severity, functional status, depression and daily quality of life in congestive heart failure patients. *Qual Life Res.* 2004 feb; 13 (1): 63-72
2. Bovier PA, Chamot E, Perneger TV. Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. *Qual Life Res.* 2004 Feb; 13 (1): 161-70.
3. Shen BJ, McCreary CP, Myers HF. Independent and mediated contributions of personality, coping, social support, and depressive symptoms to physical functioning outcome among patients in cardiac rehabilitation. *J Behav Med.* 2004 Feb; 27 (1): 39-62.
4. Overli O, Korzan WJ, Hoglund E, Winberg S, Bolling H, Watt M, Foster GL, Barton BA, Overli E, Renner KJ, Summer CH. Stress coping style predicts aggression and social dominance in rainbow trout. *Horm Behav.* 2004 Apr; 45 (4): 235-41
5. Pucheu S, Consoli SM, D'Auzac C, Francais P, Issad B. Do health causal attributions and coping strategies act as moderators of quality of life in peritoneal dialysis patients?. *J Psychosom Res.* 2004 Mar; 56 (3): 317-22.
6. Jablonski A. The illness trajectory of end-stage renal disease dialysis patients. *Res Theory Nurs Prats.* 2004 Spring; 18 (1): 51-72.
7. Dalton JA, Coyne P. Cognitive-behavioral therapy: tailored to the individual. *Nurs Clin North Am.* 2003 Sep; 38 (3): 11-4.
8. Muñoz Ronda FJ; Rodríguez Salvador MM. Mejora de las estrategias de afrontamiento en la fase aguda de la enfermedad coronaria. *Tempus vitalis.* Sept-Dic 2001. 1 (1).
9. Lazcano Ortiz M; Díaz Guerrero R. Diabetes Mellitus II, evolución y adaptación al rol social. *Desarrollo Científico Enferm.* Junio 2002. 10 (5): 134-137.
10. NANDA. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008. Editorial Elsevier. Madrid 2008.
11. Luis MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Ed Masson. Barcelona 2006.

POSTER 38

AUTOR/ES:

Aurora Quero Rufián, Ana Guillamet Lloveras, Francisca Pérez Ramírez, Pilar González Carrión, José Ignacio Garach Mirasol y Claudio Villanueva López

TÍTULO:

Valoración cualitativa del alumnado sobre el Aprendizaje Basado en Problemas

TEXTO DEL TRABAJO:

La metodología del Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) introduce a los estudiantes, guiados por el tutor, en el proceso de búsqueda y solución de problemas desconocidos para ellos. Así adquieren de forma independiente los conocimientos y aprenden a utilizarlos en la solución de nuevos problemas. El ABP contribuye de manera especial a la formación en competencias profesionales, estimulando la creatividad, la comunicación y el liderazgo, así como la escucha activa, el espíritu crítico y el trabajo en equipo.

1.- OBJETIVO: Conocer la percepción del alumnado sobre la implantación de la metodología del ABP y el papel del tutor en la dinámica del ABP.

2.- MÉTODO. Ámbito: Dentro del Plan de Innovación Docente de la E.U.E. Virgen de las Nieves, adscrita a la Universidad de Granada. En el primer curso se desarrolla el TALLER sobre ABP, asignándole 1 crédito de cada una de las asignaturas de Enfermería Fundamental, Enfermería Comunitaria I, Estructura y función del cuerpo humano, Ciencias psicosociales y Ética y legislación. Durante 9 sesiones de 3 horas cada una, se presentan 3 situaciones relacionadas con intervenciones enfermeras, a través de las cuales los estudiantes, mediante la búsqueda activa, deben desarrollar sólidos conocimientos que constituyan un sistema generalizado, que sea asimilado de tal forma que les permita su utilización en la práctica.

DISEÑO: Cualitativo. Se pretende comprender la valoración del proceso de aprendizaje, desde la interpretación de lo que tiene sentido y significado para los alumnos y de lo que esperan del tutor.

SUJETOS: 6 grupos de 10 alumnas/os de primer curso.

El procedimiento utilizado para obtener los datos, ha sido a través de las valoraciones individuales realizadas en las sesiones de evaluación. Cada alumno se autoevaluaba, evaluaba a los compañeros y a la tutora.

El análisis de los datos se ha hecho desde el contenido y el discurso de las valoraciones recogidas por los tutores. Las categorías utilizadas han sido: responsabilidad, habilidades de aprendizaje, comunicación, relaciones interpersonales y papel de la tutora.

3.- RESULTADOS: RESPONSABILIDAD: "Has buscado la información y además la has traído resumida para todos, eso ha sido un trabajo extra que te agradezco", "Somos más eficaces en la búsqueda de información, me ha aportado mucho las realizadas por María y su profundización en los temas". HABILIDADES DE APRENDIZAJE: "Me ha ayudado bastante el ABP para vencer esos miedos de hablar en público, aunque todavía tengo que mejorar un poco más", "Buscar información también de aspectos sociales ayuda a entender y solucionar el problema de forma holística", "He aprendido la importancia de buscar información relevante en distintas fuentes". COMUNICACIÓN: "Eres muy hábil en exponer la información: la presentación en power es tan organizada y clara que se entiende muy bien", "Creo que nos hemos escuchado y respetado unos a otros". RELACIONES INTERPERSONALES: "Aportas mucho al grupo", "Sabes integrarte en el grupo", "El ABP contribuye a adaptarse, a interactuar con personas con las que ante no tenías un trato tan cercano". PAPEL DE LA TUTORA: "Nos has guiado más en la primera situación y casi nada en la tercera", "Has tomado muchas notas durante las sesiones", "Nos has enseñado a reflexionar", "Hemos aprendido la importancia de la gestión del tiempo", "La tutora nos ha guiado intentando que resolviésemos el problema nosotros mismos",.

4.- DISCUSIÓN: Los alumnos valoran de manera muy positiva el Taller de ABP, ya que mejora los aprendizajes frente a la metodología tradicional.

Destacan la exigencia de una actitud mental activa. Convierten en patrimonio interno y conocimiento propio lo aprehendido de la realidad externa. Lo aprendido toma un carácter operativo y funcional, ya que con esta metodología multidisciplinar, adquieren competencias transversales que les serán de gran utilidad en la práctica clínica y en su futuro desarrollo profesional

BIBLIOGRAFÍA:

- Quintanilla M, Bernaus E, Guillamet A, Fernandez A. Aprendiendo a resolver problemas en la práctica clínica. Gerokomos 2005; 16 (11):18-26
- José María de Mesa López-Colmenar, Rafael Castañeda Barrera y Luis Miguel Villar Angulo (editores). La Innovación en la Enseñanza Superior (I). Colección "innovación y desarrollo de la calidad de la enseñanza universitaria" N° 10. Instituto de Ciencias de la educación, Vicerrectorado de docencia, Universidad de Sevilla. 2006
- Rafaela Blanco, Florentina Zapico y Rosa Mª Torrens. Innovación docente y convergencia europea: formar en competencias. Metas de Enfermería feb 2005; 8 (1): 60-66
- Josep-E. Baños y Jorge Pérez. Cómo fomentar las competencias transversales en los estudios de Ciencias de la Salud: una propuesta de actividades. Educación Médica 2005; 8 (4): 216-225
- Antoni Font Ribas. Líneas maestras del Aprendizaje por Problemas. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado 2004; 18 (1): 79-95
- Luis Branda. Aprendizaje basado en problemas, centrado en el estudiante, orientado a la comunidad. En: Aportes para un cambio curricular en Argentina 2001. Jornadas de Cambio Curricular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud. 2001: 79-101
- Problem-Based Learning- Queen's University Kingston, Ontario, Canada.
<http://meds.queensu.ca/medicine/pbl/pblhome.htm>
- J. González y R. Wagenaar. Tuning Educational Structures in Europe. Bilbao: Universidad de Deusto. 2003
- Guillamet A, Pérez F, Jerez JM, Quero A, Rosas MD, González I. Una experiencia de renovación docente mediante el Aprendizaje Basado en Problemas. Educación Médica 2007; 10(3): 61.
- Guillamet A, González P, Heierle C, Celma M, Cano-Caballero MD, Acosta P, Rodríguez F. Impacto inicial del Aprendizaje Basado en Problemas. Educación Médica 2007; 10(3): 61.
- Guillamet A, González P, Heierle C, Celma M. El aprendizaje basado en problemas como cambio de cultura para las escuelas de enfermería. Nursing 2

POSTER 40

AUTOR/ES:

Maria Manuela Frederico Ferreira

TÍTULO:

Opinión de la liderazgo de los enfermeros: punto de vista de los lideres vs punto de vista del condujo

TEXTO DEL TRABAJO:

El interés para el estudio de la liderazgo ha estado aumentando de literatura científica, sobre todos estos últimos años. Una razón del aumento de la investigación sobre este tema se debe él reconocimiento del impacto de la liderazgo en el bienestar de los colaboradores y, del consecuentemente, en el funcionamiento y el efectividad de las organizaciones.

Objetivos: analizar la auto-opinión de la liderazgo de los enfermeros de la liderazgo; analizar la hetero-opinión de los enfermeros de representación de cuidados; identificar a las semejanzas/diferencias en estas opiniones, para el servicio.

Métodos: Aplicamos una escala “de la opinión de la liderazgo/ del funcionamiento del papel del líder” validado cerca Frederico e Castilho (2006), de las dimensiones “reconocimiento”, la “comunicación”, “desarrollo de equipa” y “innovación”. Habían sido desarrollados concomitante en un hospital, dos estudios cuantitativos del alcance descriptivo, uno al lado de todos los enfermeros, (en funciones de “comandos”) (Estudio 1), otro al lado de las lideres de los enfermeros (Estudio 2). Los cuestionarios de cada servicio habían sido identificados, para poder sí mismo hacer los análisis de los individualizadas.

Resultados: En el estudio 1, la muestra es constituida por 69 enfermeras. Relativamente “opinión de la dirección”, podemos verificar que incorpore los diversos servicios que el promedio global varía de 2.96 a los 4.38. Cuando hacemos un análisis para la dimensión, verifica más que el valor medio más bajo mencione a el “reconocimiento” con promedio, $3,69 \pm 0,56$ y el valor levantado a la “comunicación”, con valores de $3,86 \pm 0,58$. Cuanto a la estudio 2, a él hacemos un análisis para la dimensión, verificamos que el valor medio más bajo menciona a el “reconocimiento” con promedio, $4,26 \pm 0,38$ y el valor levantado más menciona a la “comunicación”, con valores de $4,64 \pm 0,57$. Tiene 2 servicios donde el valor de la opinión global en la perspectiva de los lideres es inferior al valor de la opinión global en la perspectiva del condujo. Esto sucede al coste de los valores de la dimensión “reconocimiento”, “comunicación” y “equipa” en un caso y al coste de “reconocimiento”, de “comunicación” y de “innovación” en el otro caso. En los otros servicios los valores de la opinión de lideres más elevados que de condujo. E para precisar dos situaciones donde los liderazgo colocan en el nivel máximo (promedio de 5) en la dimensión “desarrollo del equipo” y una de éstos, en el mismo nivel también en la dimensión “comunicación”.

Discusión: El hecho del valor del auto-opinión más que se elevado que del hetero-opinión, como sucede en la mayoría de los servicios, et es justificado por el al de Goleman (2002) cuando afirma que cuanto más alta una persona es en la jerarquía de una organización más grande es su tendencia a incrementar la nota de su auto-evaluación comparativamente a la nota que es atribuida a ella por sus colaboradores. Este contraste de pareceres, de acuerdo con el mismo autor debe él una imperfección del comunicación al los grupos. En la dimensión “comunicación”, el líder de los servicios si localiza en el valor más elevado que condujo unos. Cuanto al existente de la convergencia o de la proximidad entre el auto-opinión y el hetero-opinión es el congruente con la opinión Ferreira (2001), que considera que esta situación traduce la disponibilidad de los líderes en la información que autoriza referente qué piensa y en la forma como piensan actuar. De la parte de condujo unos que tiene también disponibilidad para autorizar la información, abastecimiento bueno retroactuan. “Uno levantó convergencia entre el auto-opinión y el hetero-opinión es un indicador de la calidad de la relación entre el grupo, que divulga conexión de la equipa e, como tal promueve las mejores relaciones del trabajo” (Ferreira, 2001, p.116).

Tener servicios donde el valor de la opinión global en la perspectiva de los lideres es inferior al valor de la opinión global en la perspectiva del condujo, puede ser favorable, por lo tanto pues se relaciona Grellier (2006) cualquier la actividad adonde si él está implicado la llave para el éxito pasa para uno equipa con enlace e organización alrededor de un objetivo común.

BIBLIOGRAFÍA:

- Ferreira, M. (2001). Liderança - satisfação: Problemática da chefia operacional de um Hospital. Dissertação de Mestrado em Gestão Pública. Açores: Universidade dos Açores.
- Frederico, M. e Castilho, A. (2006). Percepção de Liderança em Enfermagem - validação de uma escala. Psychologica. Coimbra. ISSN 0871-4657. nº 43, p.259-270.
- Goleman, D.; Boyatziz, R.; Mickee, A. - (2002) O Poder da Inteligência Emocional. Rio de Janeiro: Editora Campus. ISBN: 85-352-0970-0.
- Grellier, C. (2006). As Competências Pessoais e Profissionais do Gestor. Barcarena: Editorial Presença. ISBN: 972-23-3582-0.

POSTER 41

AUTOR/ES:

Autor/es: ¹Sánchez Sauco MF, ¹Pastor Torres, E., ¹Lopez Fernandez MT., ¹Ortega Garcia, JA.
¹Paediatric Environmental Health Specialty Unit (PEHSU-Murcia), Murcia
² Excm. Diputación Prov. de Cádiz. Agencia Provincial de la Energía de Cádiz, Pehsu-Cádiz

TÍTULO:

Integrando el registro ambiental en el cuidado de enfermería: Hoja verde

TEXTO DEL TRABAJO:

1.- Objetivo

Los hábitos tóxicos durante el embarazo han sido identificados como unas de las principales causas prevenibles de defectos congénitos y alteración del desarrollo del feto. No se conoce una cantidad de alcohol y tabaco que sea segura. La hoja verde es un conjunto de preguntas mínimas básicas y concisas que nos permite identificar los riesgos ambientales, incluidos los hábitos tóxicos para prevenirlos. En esta comunicación describimos los hábitos tóxicos (tabaco, alcohol y cannabis) transplacentarios mediante la hoja verde.

2.- Métodos.

Estudio descriptivo basado en la hoja verde que se ha realizado a 107 madres puérperas de la maternidad del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de noviembre de 07 a febrero 2008.

3.- Resultados

Tabaco: El 60 % de los fetos (exposición intrauterina-fetal) tenían al padre y/o madre fumadores. Un 42 % y 25% de las madres eran fumadoras al inicio de la gestación, y durante el 2º -3º trimestre respectivamente. El 46 % de los padres eran fumadores. Alcohol: El 34 % de las madres no beben, el 51% ingieren hasta 8 g/día, el 10% ingiere de 8 a 20 g/día y el 5% sobrepasa los 20g/día al inicio de la gestación (1 trimestre). Durante el 2-3 trimestre el 83% no beben. Cannabis: El 10 % de las madres han estado expuestas durante el embarazo al humo de cannabis (4 de las 10 son fumadoras activas de cannabis-marihuana). Estaban buscando el embarazo el 83 % de las parejas. No se observación diferencias por el hecho de estar buscando el embarazo, solo cambian una vez que se enteran que están embarazadas.

4.- Discusión

La vida intrauterina constituye el periodo de la vida del individuo con mayor prevalencia de consumo de tabaco en España. El embarazo empieza desde el mismo momento en el que se plantea la pareja tener un hijo. La escasa percepción de riesgo sobre los hábitos tóxicos que tiene los padres a la hora de planificar los embarazos, especialmente con el alcohol, sobreexpone a su acción teratogénica a muchos fetos. Tanto la espermatogénesis en hombre, como los factores periconcepcionales en la mujer, deben de ser cuidados al mínimo detalle para reducir los riesgos de futuras generaciones.

La enfermería tiene una extraordinaria posición para detectar los riesgos ambientales. La necesaria formación para el desarrollo de la hoja verde durante pre-embarazo y lactancia nos permite una vez detectados, dar consejos breves de salud para reducir y/o eliminar estas conductas.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Bailey BA, Sokol Rj :.Pregnancy and alcohol use: evidence and recommendations for prenatal care.
- 2 Ortega Garcia JA, Ferris i Tortajada J Claudio Morales L, Berbel Tornero O., Pediatric environmental health specialty units in Europe: from theory to practice.
3. Rayburn WF, Phelan ST. Promoting healthy habits in pregnancy;

POSTER 43

AUTOR/ES:

José Reis dos Santos Rôxo

TÍTULO:

El toque en la práctica de enfermería en cuidados intensivos

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción - Al nivel de los cuidados intensivos, los enfermos en estado crítico están rodeados de equipos sofisticados que pueden desencadenar estímulos perjudiciales, debido a la virtual inmovilidad y al dolor, a los diversos alambres y a los catéteres que prenden la persona enferma a la cama, a la exposición continua a ruidos extraños, a los zumbidos y pitos, a la luz que no se apaga día y noche, a las entradas y salidas del personal, a las técnicas que molestan constantemente con sondas y picaduras, entre otras. Ante esta situación, existe una búsqueda, que pasa por cambios en la descubierta de nuevas alternativas, con el objetivo de luchar contra la tendencia del enfermero en volverse más técnico que humano, es decir, que hay una preocupación en valorar el cuidado imbuido de Valores, que colocan a la Persona en primer lugar con todos sus derechos. Es en esta visión sobre el cuidado de la persona en estado crítico que surge la utilización del toque, que viene siendo documentado como multidimensional, un gestalt, que implica la voz, la postura, el afecto, la intención y el significado dentro de un contexto, y que representa más que el contacto físico, de piel con piel. (Estabrooks y Morse, 1992; Serralheiro, 1993; Acqua, Araújo y Silva, 1998; Rioult, 1998).

Objetivos/Métodos - Nuestra investigación, contextualizada en una Unidad de Cuidados Intensivos, tenía como objetivo: identificar las capacidades cognitivas, afectivas y técnicas demostradas por los enfermeros con respecto al toque; identificar si los enfermeros en su vida cotidiana utilizan algún tipo de toque de forma intencional en la prestación de cuidados a la persona enferma; identificar si los enfermeros tienen conciencia de los efectos del toque en la recuperación de la persona enferma; identificar cómo ven los enfermeros las condiciones que influyen el uso del toque. Se trata de un estudio de tipo cualitativo, centrado en los enfermeros prestadores de cuidados, que recurre a múltiples estrategias de análisis e interacción con los actores en estudio, especialmente a través de la observación participada, de entrevistas semiestructuradas y no estructuradas (entrevistas informales), así como la consulta del proceso del enfermo. Hemos tenido en cuenta la perspectiva de Bogdan y Biklen (1994): en la investigación cualitativa, la fuente directa de datos es el ambiente natural y el investigador es el instrumento natural; la investigación cualitativa es descriptiva.

Resultados - De acuerdo con los objetivos del estudio, se construyeron tres ejes, que permitieron obtener la percepción, con las racionalidades inherentes, relativamente al uso del toque en cuidados intensivos. El primer eje se refiere a las capacidades cognitivas, afectivas y técnicas. El segundo eje se refiere al uso del toque por los enfermeros en cuidados intensivos. El toque se utiliza de forma intencional en el proceso de cuidado y como medio de comunicación. El tercer eje se refiere a las condiciones y circunstancias que influyen el toque. en las que incluimos las condiciones del enfermo, las del enfermero y otras.

Discusión/Conclusion - Según el discurso y lo comprobado en el transcurso de la observación participada, los enfermeros, debido a su formación, son obligados a tocar íntimamente a mujeres y hombres en situación de gran sufrimiento. Este toque les es permitido, quieran o no lo quieran, y podrá ser acompañado por sensaciones de placer o desplacer, tanto para el cuidador como para el cuidado. Es un acto necesario al proceso de cuidado, no obstante, no todos los utilizadores son conscientes de la importancia del toque en el transcurso de ese proceso. Este aspecto es corroborado por Cáster, (1995) y Deladoeuille (1998). El toque, cuando es utilizado de forma juiciosa en la práctica del cuidado, es una forma de cariño y de apoyo, una manera de romper las barreras a la comunicación y de minimizar el estrés, dado que favorece el bienestar, la calma y el reposo. Los enfermeros creen que el uso del toque en los cuidados transmite mensajes de seguridad, comprensión, sinceridad, apoyo, cordialidad, preocupación, tranquilidad, interés, empatía, comodidad, proximidad, ánimo, aceptación, deseo de ayudar y deseo de comprometerse.

BIBLIOGRAFÍA:

-ACQUA, M.C.Q.; ARAUJO, V.A.; SILVA, M.J.P. (1998) - Toque: Qual o Uso Actual Pelo Enfermeiro - Ver. Latino-Americana de Enfermagem, Vol 6, nº 2, p. 17- 22, Abril

BOGDAN, R. e BIKLEN, S. (1994) - Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos. Porto, Porto Editora.

CARTER, A. (1995) - The Use Of Touch In Nursing Practice - nursing Standard, January, Vol. 9, Nº 16, pág. 31-35.

DELADOEUILLE, P. (1998) - Le Toucher Dans le Soins Infirmier - Soins Gérontologie, Nº 11, Février.

ESTABROOKS, Carol A.; MORSE, J.M. (1992) - Toward a Theory of Touch: The Touching Process And Acquiring a Touching Style - Journal of Advanced Nursing, Nº 17.

RIOULT, C. (1998) - Le Toucher Relationnel Pour Enrichir la Pratique Soignante -Soins, Nº 628, p. 26-29, Septembre.

POSTER 44

AUTOR/ES:

Eliana Mara Braga; Heloisa Wey Berti; Amanda C.M.C.R. Risso; Maria Júlia Paes da Silva

TÍTULO:

Relaciones interpersonales del equipo de enfermería en centro quirúrgico

TEXTO DEL TRABAJO:

La comunicación es un proceso de naturaleza compleja y multidisciplinaria que constituye numerosos aglomerados de comportamientos que afectan, cotidianamente, nuestras comunicaciones con los otros (1).

Por la comunicación las personas se relacionan, comparten experiencias, ideas y sentimientos y, cuando se relacionan, se influyen, modificando la realidad en la que están inseridas (2).

La comunicación interpersonal, entendida como comunicación verbal y no verbal, propicia modos de comprender al otro y de hacerse comprendido por él (3).

Se sabe que un grupo se construye a través de la organización sistematizada de encaminamientos e intervenciones, en el espacio de las diferencias entre cada participante, con acción exigente y rigurosa y en el trabajo de reflexión de cada participante. También se construye en la complicidad de la risa, de la rabia, del llanto, del miedo, del odio, de la felicidad y del placer (4,5)

La experiencia práctica vivida en Unidades de Centro Quirúrgico nos hace percibir que la calidad de la asistencia al paciente depende directamente de la capacidad de comunicación de los individuos y de las relaciones interpersonales entre los equipos que ahí actúan. Por lo tanto, una comunicación adecuada o inadecuada puede ser generadora de situaciones de crecimiento o no, en situaciones cotidianas en estas unidades.

Este estudio tuvo como objetivo identificar situaciones positivas o negativas en las relaciones interpersonales en centro quirúrgico, además de proporcionar espacios de discusión para el desarrollo de la competencia interpersonal en ese equipo. La técnica de grupo focal fue utilizada en la cosecha de datos. Para el análisis de los datos recurrimos al Método de Análisis de Contenido y el referencial teórico de la Comunicación Interpersonal fundamentó la interpretación de los discursos. En los resultados que emergieron, el diálogo y el sentirse valorado aparecieron como situaciones positivas, mientras que la falta de diálogo, la falta de sentimiento de equipo, la falta de cuidado con economía de material, el mantenimiento de equipo y el desconocimiento de las normas y procedimientos del centro quirúrgico son citados como situaciones negativas y fuente de conflictos en las relaciones.

Consideraciones Finales

Esta investigación nos ha posibilitado percibir que el grupo de enfermería que actúa en el centro quirúrgico de este hospital posee amplia experiencia de la práctica cotidiana y viene buscando su integración. Los miembros de este equipo apuntan situaciones favorables como el diálogo y el reconocimiento de su trabajo y resaltan que el gran número de funcionarios en el sector les confiere oportunidad para manifestar opiniones sobre las más diversas situaciones.

Porque no se sienten oídos, sufren injusticias, no cuentan con materiales y equipos adecuados para la asistencia, parece que pierden el sentido del trabajo en equipo y su comprometimiento con las actividades que serán desarrolladas. Se sabe que una definición clara de roles facilita la comunicación entre profesionales y que esta comunicación será competente si es un proceso interpersonal, que alcanza el objetivo de las personas.

Se destaca, en este estudio, la importancia de oír al otro y de lidiar con los miembros del equipo, de acuerdo con sus necesidades, considerando que los grupos reciben influencias individuales, por sus creencias y valores; sufren influencias interpersonales, por medio de las emociones del grupo y de las normas existentes y, especialmente, en el ambiente de centro quirúrgico la influencia del ambiente físico en el proceso de interacción.

Concluimos entendiendo que las propuestas hechas por el grupo deben ser incentivadas por el equipo gestor para que estos se sientan parte del proceso de desarrollo calificado de la asistencia de enfermería en el sector.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1 Littlejohn SW. Fundamentos teóricos da comunicação humana. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.
- 2 Bordenave JED. O que é comunicação. São Paulo: Brasiliense, 2004
- 3 Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2006.
- 4 Amaru AC. Gerência de trabalho em equipe. São Paulo: Pioneira, 1986.
- 5 Braga EM, Silva MJP, Sangiuliano L A, Silva MVG. A comunicação em grupo entre profissionais de saúde. Nursing 2004 73 (7):36-41.

POSTER 45

AUTOR/ES:

Lima Rodríguez Joaquín Salvador, Lima Serrano Marta, Sáez Bueno África

TÍTULO:

La Guía de Valoración familiar. Un instrumento útil para la práctica clínica.

TEXTO DEL TRABAJO:

1. JUSTIFICACIÓN

En la Escuela Universitaria Ciencias de la Salud de Sevilla, desde año 1999, los estudiantes matriculados en la asignatura Enfermería Comunitaria III, realizan la valoración de una unidad familiar en sus practicas clinicas. Durante el pasado curso nos propusimos facilitarles una guía.

2. OBJETIVOS:

General: Elaborar una guía para la valoración enfermera de la familia.

Específicos:

Determinar el porcentaje de alumnos que usan el esquema de valoración propuesto en la guía.

Conocer el empleo de los instrumentos de valoración propuestos.

Estudiar la utilización del genograma.

Analizar los diagnósticos enfermeros aplicados.

2. MÉTODOS:

Análisis documental y bibliográfico con la técnica de grupo de consenso, para identificar Diagnósticos NANDA aplicables a la unidad familiar y seleccionar instrumentos metodológicos que faciliten la valoración.

Estudio descriptivo, mediante análisis con el paquete estadístico SPSS 15.0 de las 140 valoraciones familiares realizadas por los alumnos de la Escuela Universitaria.

3. RESULTADOS:

Nuestra guía se basa en en la teoría sistémica. La valoración incluye:

Composición y estructura familiar. Etapa del ciclo vital familiar. Valores, creencias, hábitos y costumbres familiares. Estado de salud de sus miembros.

Estudio de Mecanismos de defensa familiar, los Agentes estresantes y la Dinámica familiar.

Se utilizan los siguientes instrumentos: Genograma, Test APGAR familiar, Cuestionario de MOS, Escala de reajuste social.

Se Identifica áreas de intervención familiar a partir de 24 diagnósticos NANDA seleccionados, aplicables a la unidad familiar.

Del análisis de las valoraciones realizadas durante el curso 2007/2008 destacamos que:

El 92% de los alumnos utiliza el esquema propuesto y realiza una valoración sistémica de la familia.

El 8% restante valora por necesidades o patrones funcionales.

El 92% utiliza el Test APGAR Familiar, el Cuestionario de MOS y la Escala de Reajuste Social. El 99% utiliza el genograma, para describir y analizar a la unidad familiar.

Se utilizaron 21 de los 24 diagnósticos familiares seleccionados en la guía. Destacando: Riesgo de cansancio del rol de cuidador (38%), Cansancio del rol de cuidador (29%), Interrupción de los procesos familiares (29%), Afrontamiento familiar comprometido (7%), Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar (7%), Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo (7%), Deterioro de la interacción social (6%), Disposición para mejorar los procesos familiares (6%), Deterioro de la comunicación verbal (4%), Deterioro del mantenimiento del hogar (4%), Disposición para mejorar el afrontamiento familiar (4%), Deterioro de la adaptación (3%).

4. CONCLUSIONES:

Dado que el uso de la guía era voluntario, su empleo por el 92% de los alumnos nos lleva a concluir que ha sido de gran utilidad para la valoración familiar.

La dinámica familiar, el apoyo social percibido y los acontecimientos vitales estresantes han sido estudiados con los instrumentos propuestos. El genograma ha sido el más usado como método para describir y analizar a la familia.

La inclusión de las áreas de intervención ha permitido utilizar un mayor número de Diagnósticos NANDA que en cursos anteriores, rompiendo la tendencia en el uso de diagnósticos individuales.

BIBLIOGRAFÍA:

- ALFARO, R. Aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso. 4ª ed. Barcelona: Springer; 1999.
- CARPENTER, J. TREACHER, A. Problemas y soluciones en terapia familiar y de pareja. Barcelona: Paidós; 1993.
- CLARK J. Modelo para la enfermería comunitaria. En Kershaw B y Salvage J. Modelos de Enfermería. Barcelona: Doyma; 1988.
- DE LA REVILLA L. Concepto e Instrumentos de la Atención Familiar. Barcelona: Ed. Doyma S.A.; 1994.
- DE LA REVILLA L. et al. El genograma en la evaluación del ciclo vital familiar natural y de sus dislocaciones. Atención Primaria 1988 Mar; 21 (4): 219-224.
- FUENTES BIGGI J. El sistema la comunicación y la familia. En Suárez T; Rogero GF. Paradigma sistémico y terapia de familia. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 1983.
- GALLO VALLEJO F.J. Y COLS: Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: Beecham; 1993.
- KERSHAW B. Y SALVAGE J. Modelos de Enfermería. Barcelona: Doyma; 1988.
- LÓPEZ PEÑA S. Y ROMERO ARANDA A.M. La familia como unidad de atención. En Frías A. Enfermería Comunitaria. Barcelona: Masson; 2000. p 403-412
- NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definición y Clasificación 2003-04. NANDA Internacional. Madrid: Elsevier; 2003.
- ROBINSON, C. Nursing interventions with families: a demand or an invitation to change? Journal of Advanced Nursing 1994; 19: 897-904.
- ROLLAND, J. Familias, enfermedad y discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica. Barcelona: Gedisa; 2000.
- VARELA FEAL N, ET AL. Intervención de enfermería en el sistema familiar: valoración. Cultura de los Cuidados. 2005 1 semestre; IX (17): 74-81.
- VON BERTALANFFY. Teoría general de sistemas. Madrid: Alianza; 1992.

POSTER 47

AUTOR/ES:

Habas Pérez, J.C., Blanca Torres, M^aC., Fajardo la Fuente, M., García Ramos, AM^a., Guerrero García, M^aJ., Lozano Torres, E., Luque Fernández, M^aC., Luque Ribelles, V., Maestre Ramos, I., Maserá Gutiérrez, M^aI., Méndez Martín, I., Morales Prieto, JM^a, Oliva Palacios, R., Osuna Corredera, M., Pedrote Ramírez, C., Velázquez López, A

TÍTULO:

El Fomento de la Lactancia Materna: Una buena práctica basada en el trabajo colaborativo. Resultados preliminares.

TEXTO DEL TRABAJO:

La lactancia materna (LM) es el proceso por el que el infante recibe leche materna. Sus beneficios para la salud del recién nacido y de la madre han sido descritos en la literatura (1). Sin embargo, las bajas tasas de lactancia apuntan a un déficit en los conocimientos sobre la materia, a la mala interpretación de la información recibida, a una gran variabilidad en la práctica de las matronas en los paritorios y de las enfermeras y auxiliares de enfermería en las unidades de hospitalización maternal (2-6). Para superar esta situación en el Área Hospitalaria Virgen Macarena (HUVM) de Sevilla se está desarrollando un proyecto de investigación cuyos objetivos son: 1) Aumentar los conocimientos y actitudes positivas respecto a la LM de los profesionales implicados en la atención a la mujer en el postparto y, 2) Elaborar un protocolo de fomento de la LM que contemple una estrategia de continuidad de cuidados. El proyecto, que se encuentra actualmente en la segunda fase, se divide en tres; 1) Talleres de formación y sensibilización sobre LM, 2) Creación de una coalición y elaboración de protocolo y, 3) Implementación y evaluación de la efectividad del protocolo. Tanto la 2^a como la 3^a fase se basan en los principios de la Investigación Acción Participativa (IAP) y del Getting to Outcomes (GtO) (7-8). Así, se garantiza la implicación de profesionales de distintos perfiles y de los usuarios de los servicios de salud así como la utilización de buenas prácticas en la elaboración del protocolo.

Hasta el presente se han realizado 5 ediciones del taller "Lactancia materna: actualización y consenso" cuyo objetivo era aumentar los conocimientos de los profesionales. Han acudido 110 profesionales, con una media de 22 personas por taller. En éste se aplicó un diseño cuasi-experimental pre- post test en el que se suministró un cuestionario autoadministrado de 42 ítems, 39 de ellos con 2 opciones de respuesta, 2 de varias opciones de respuesta y 1 pregunta abierta. El cuestionario estaba dividido en 5 bloques; 1) Circunstancias favorables para dar el pecho; 2) Mejor modo de aumentar la cantidad de leche que produce la madre; 3) Exposición de una situación real problemática y elección de su solución; 4) Posición del bebé al pecho y, 5) Falsas creencias/ mitos. En cuanto a los resultados, el pretest lo cumplimentaron 78 personas y el posttest 79. En 15 preguntas se obtuvieron diferencias significativas entre el pre y el post test. Al considerar todos los bloques de preguntas, dos de ellas, una del bloque 3 y otra del bloque del 5, obtuvieron las mayores diferencias del pre al post test. En la pregunta que se obtuvo una mayor diferencia entre el pre y el post-test el 43,2% de quienes cumplimentaron el cuestionario consideraba que los chupetes interferían y dificultaban la LM mientras que en el posttest el 94,6% consideró que esto ocurría. Por otro lado, se ha constituido la coalición que tiene como cometido participar en la elaboración del protocolo de LM. Esta coalición está constituida por médicos (ginecólogos y pediatras), matronas, enfermeras, auxiliares de enfermería, profesionales de atención primaria, representantes de un grupo de apoyo a la LM y de una asociación de inmigrantes. Con el objetivo de relizar un protocolo de actuación adecuado a la realidad profesional de los colectivos y a la cotidianidad de la población, la coalición está siguiendo un proceso de unificación de criterios y construcción conjunta de conocimiento cuyas etapas son: 1) Analizar críticamente bibliografía referente a la LM, 2) Identificar las actuaciones que se están llevando a cabo en todo el circuito perinatal en relación a la lactancia materna (LM), evaluar su influencia en la adhesión a la LM y proponer alternativas a las actuaciones en caso de influencia negativa. Por último, en este paso deben identificar informaciones contradictorias que los distintos profesionales proporcionan a las usuarias en relación a la LM y, 3) Definir actuaciones específicas para el fomento de la LM antes, durante y tras el parto, sus consecuencias positivas sobre la adhesión y las habilidades, conocimientos y recursos necesarios.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Mulder P. A concept analysis of effective breastfeeding. Association of Women's Health Obstetric and Neonatal Nurses, 2006; 35: 332- 339.
- (2) WHO. Protecting, promoting and supporting breast feeding. The special role of maternity services, Ajoint WHO/UNICEF Statement. Ginebra: WHO, 1989.
- (3) Aguayo Maldonado J y cols. La lactancia materna en Andalucía. Resultados de un estudio de prevalencia de lactancia materna en Andalucía y los factores asociados a su duración en el primer año de vida. Sevilla: Consejería de Salud; 2005.
- (4) Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna: Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia Materna de la AEP. An Pediatr (Barc). 2005;63:340-56.
- (5) Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. Apoyo para la lactancia materna (Revista Cochrane traducida) En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en [http:// www.update-software.com](http://www.update-software.com) (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 7. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- (6) Romero Hernández ME, Algaba Piña S, Albar Marín MJ, Núñez Ollero, E, Calero Barbe C, Pérez Caballero IM. Prevalencia de la lactancia y práctica hospitalaria en las maternidades de Sevilla. Metas de Enfermería. 2003;6(59);18-23.
- (7) Kelly JG. Science and Community Psychology: Social Norms for Pluralistic Inquiry. American Journal of Community Psychology;31(3-4):213-219.
- (8) Chinman M, Imm P, Wandersman A y De la Torre A. Getting to Outcomes: Promoting Accountability Through Methods and Tools for Planning, Implementation and Evaluation [monográfico en Internet]. Santa Mónica; RAND Corporation; 2005. Disponible en http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR101.1/

POSTER 49

AUTOR/ES:

Islene Victor Barbosa y Zuíla Maria de Figueiredo Carvalho.

TÍTULO:

Lesión de la medula y sus significaciones para la familia

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción:

La lesión de la medula representa un gran problema de salud pública, en virtud de las secuelas que acarrea tanto neurológicas, sociales, laborales y económicas. Trayendo consigo la dependencia física, la incapacidad funcional y la deficiencia. En el contexto de la lesión medular, ante la esa situación de crisis, la familia también es afectada y sus miembros tienden a mover esfuerzos para el ajuste y superación a la condición traumática establecida. Los familiares envueltos merecen estar asistidos en sus dudas, miedos, ansiedad, finalmente en la renudación de vida (1). La familia necesitará de atención y orientación tanto cuanto la persona que será rehabilitada, visando ser más que un elemento de apoyo y ayuda en ese proceso, pero también constituir un núcleo de afectividad e inclusión (2,3). La participación del familiar cuidador es muy importante, pues esos familiares señalizan al enfermero sus límites y posibilidades en los cuidados prestados a la persona con lesión medular (4).

Objetivos :

- Comprender el significado del cuidado prestado por el ente familiar a la persona con lesión medular; conocer los sentimientos que permeiam la relación de cuidado de la familia de la persona con lesión medular a la luz de las consideraciones de la teoría de Jean Watson;
- Analizar las actitudes de los familiares delante del proceso de cuidar.

Metodología:

El estudio es del tipo descriptivo, cualitativo. El escenario fue un hospital-escuela de gran porte, especializado en emergencias, con atención terciaria a las víctimas de trauma del estado de Ceará – Brasil. Participaron siete familiares cuidadores o personas significativas para el enfermo que estuvieron prestando cuidados durante la internación. Los datos fueron recolectados en el periodo de septiembre a octubre de 2007, por medio de entrevista del tipo estructurada. El proyecto fue aprobado en el Comité de Ética del Complejo Hospitalario. Fue respetado anonimato de los investigados para tanto, ellos serán identificados por nombres ficticios (5). Los testimonios fueron analizados con base en el método de análisis de contenido(6). Interpretamos a la luz de la Teoría del Cuidado Transpessoal de Jean Watson (7).

Hallazgos: el significado del cuidar en la percepción del miembro familiar es expreso por dificultades relacionadas al déficit de conocimiento, al hecho de que cuidar es una actividad agotadora y la resignación del nuevo papel de cuidador. En relación a los sentimientos despertados delante de este tipo de lesión neurológica, se destacaron el afecto, la fe, la tristeza, la ansiedad y miedo, la preocupación y la esperanza. Se evidenciaron, como comportamientos delante del proceso de cuidar, los aspectos relativos a la responsabilidad; resignación; no-aceptación y ambivalencia de actitudes.

Discusión: El familiar cuidador es la persona más prójima del paciente, representa su punto de apoyo, participa, conoce, informa y se responsabiliza por la situación presente. La familia que da apoyo a sus miembros y que es flexible a los cambios en su funcionamiento para atender sus necesidades, contribuye que su ente querido mantenga adherencia al tratamiento, posibilitando su cuidado y o/recuperación de la salud.

Conclusiones: Esta investigación permitió comprender el significado de cuidar en la percepción del familiar y visualizar los procesos que permeiam el familiar de personas con lesión medular. Revela que las personas portadoras de lesión medular necesitan de una convivencia cercada por personas significativas a él para una mejor superación y adaptación a la su nueva condición.

Implicaciones: estudio proporcionó mayor comprensión para volverse a la práctica de la Enfermería neurológica, propiciando a los enfermeros a pensar el cuidado como una relación de ayuda - confianza y aún, los familiares que se sientan libres para que sean honestos con ellos mismos.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Carvalho ZMF; Cavalcante; KMH ; Freitas GL; Silva GA. Pacientes com lesão raquimedular: experiência de ensino-aprendizagem do cuidado para suas famílias. Escola Anna Nery Rev. Enferm, 10(2): 216-22, 2006.
2. Carvalho ZMF. O cuidado de enfermagem dirigido a pessoas com lesão vértebro medular. Interações, n.6, p. 175-183. Abril de 2004.
3. Rocha EF. Reabilitação de pessoas com deficiência. São Paulo: Roca, 2006. 300p.
4. Faro ACM. Enfermagem em reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. Rev. Esc. Enferm. USP; vol. 40, n. 1, p. 128-33, 2006.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Resolução no. 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. Suplemento 1996 vol 4 (2): 15-25, 1996
6. Bardan L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70 Ltda, 1979.
7. Watson J. Nursing: human science and human care – a theory of nursing. New York: National League of Nursing, 1999.

POSTER 50

AUTOR/ES:

Aguado Arroyo O, Aréjula Torres JL, Martín Iglesias S, García Corraliza M, Pensado Freire H, Rodríguez Gabriel E.G.

TÍTULO:

Diagnósticos de afrontamiento en consulta de enfermería en un Área de Atención Primaria

TEXTO DEL TRABAJO:

El estudio tiene como objetivo conocer el perfil de los diagnósticos de afrontamiento y de los pacientes que tienen problemas de afrontamiento y son seguidos en la consulta de enfermería en Atención Primaria en un Área sanitaria.

El método utilizado: Se realizó un estudio descriptivo transversal multicéntrico en un Área sanitaria de Atención Primaria de Madrid. Las unidades de estudio fueron los diagnósticos de afrontamiento identificados con taxonomía NANDA, realizados por los enfermeros de los 22 Equipos de Atención Primaria (EAP) del Área 9 de Madrid. La fuente de datos fue la historia clínica informatizada y el periodo de estudio es el comprendido entre junio de 2002 y mayo de 2008. Se presentan los datos de las variables cualitativas con su distribución de frecuencias y las cuantitativas con la media y la desviación estándar. Se empleó la prueba de Chi cuadrado para comparar proporciones. Para el análisis de los datos se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 15.0.

Se obtuvieron un total de 3204 diagnósticos enfermeros (correspondientes a 2745 pacientes). Los diagnósticos NANDA más frecuentes fueron Ansiedad (00146) 15%, Afrontamiento inefectivo (00069) 11,1%, Riesgo y Cansancio en el desempeño del rol del cuidador (00062 y 00061) 10%, Baja autoestima crónica y situacional (00119 y 00120) 9,8%, Duelo disfuncional (00135) 6,3%, Riesgo de soledad (00054) 4%, Trastorno de la imagen corporal (00118) 3,4%. El 76,6% son diagnósticos realizados a mujeres y el 23,4% a varones. Los capítulos CIAP a los que se asociaron con más frecuencia estos diagnósticos fueron los problemas psicológicos como la ansiedad (50,7%), problemas sociales como las dificultades de familiares (12,7%), enfermedades endocrinas como la diabetes mellitus (DM) (10,5%) y problemas del aparato circulatorio como la hipertensión arterial (HTA) (7,5%). El 62% de los diagnósticos se han realizado a personas con patología crónica (HTA y/o DM) que son los que acuden regularmente a la consulta de enfermería. Un 18,8% de los diagnósticos se han realizado a pacientes con DM y un 57,1% a pacientes con HTA. El 17,2% de los diagnósticos se han realizado a mujeres con DM y un 23,9% a varones. Un 57,4% son mujeres y el 56,1% varones con HTA. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas según el sexo ($p < 0,001$) en los diagnósticos realizados a pacientes con DM.

En pacientes sin patología crónica, el porcentaje de diagnósticos más prevalentes son similares a los pacientes con patología crónica.

La media de visitas de seguimiento de estos procesos es de 1,69 (DE 1.42), sin diferencias estadísticamente significativas según el sexo.

Realizados. El 38,76 % de los pacientes no tienen patología crónica

La edad media de los 2745 pacientes es de 56,27 años (DE 19.86).

La edad media de pacientes con patología crónica es de 64.84 años (DE 12.81)

La edad media de los pacientes sin patología crónica es de 42.74 años (DE 21,45).

Se han encontrado diferencias significativas de $p < 0.01$ con respecto a la edad en pacientes con y sin patología crónica.

Discusión: A pesar de que la mayor parte de los diagnósticos se han asociado con el capítulo de la CIAP que hace referencia a los problemas psicológicos, debemos destacar que un porcentaje importante de los pacientes con diagnósticos de afrontamiento tienen alguna patología crónica (HTA y/o DM) por la que acuden regularmente a la consulta de enfermería. De ahí que la edad media se sitúe alrededor de los 64 años y siendo similar tanto en varones como en mujeres, aunque la mayor parte de los diagnósticos se realizan a mujeres.

Los diagnósticos más prevalentes que se identifican tienen un porcentaje similar en pacientes con patología crónica como sin ella, aunque éste tipo de pacientes es más difícil que acudan a la consulta de enfermería, por consiguiente, una dificultad mayor en la identificación de nuevos diagnósticos.

BIBLIOGRAFÍA:

Sstemas de información (SIS). Explotación informática de planes de cuidado en historias clínicas informatizadas. Omi Clínico. 2008.

NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. Editorial Elsevier. 2005-2006.

Moorhead, Sue y colaboradoras. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª Edición. Editorial Elsevier y Mosby. 2005.

McCloskey Joanne y colaboradores. Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC). 4ª edición. Editorial Elsevier y Mosby. 2005

POSTER 52

AUTOR/ES:

Costa MA, Barbieri MC, Parreira MV, Gomes B
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto/ Escola Superior de Enfermagem do Porto

TÍTULO:

La producción científica en enfermería, en Portugal, a partir de la análisis de tesis de Máster en Ciencias de la Enfermería

TEXTO DEL TRABAJO:

La investigación que se presenta es de naturaleza quanti-cualitativa, retrospectiva e analítica y ha tenido como objetivo analizar la producción científica en enfermería realizada en una Universidad en Portugal mediante el análisis de tesis de Máster en Ciencias de la Enfermería, en el periodo de 1995-2006.

- Objetivos.

La investigación ha tenido como objetivos:

- Describir tendencias de la investigación en enfermería realizada en los cursos de máster de ciencias de enfermería;
- Analizar los estudios realizados, procurando en su tipificación la evidencia y su contribución para la construcción de la disciplina de enfermería.

- Métodos.

Han sido analizadas 167 tesis, con especial incidencia en: introducción, método y conclusiones, que han sido objeto de análisis cuantitativa y análisis de contenido a nivel de conclusiones, según Huberman y Miles (1991).

- Resultados.

- Los estudios que tienen como objeto los cuidados de enfermería surgen en primer lugar, con especial relieve para la construcción del conocimiento profesional y la concepción de cuidados;
- Son aún de considerar los estudios sobre la interacción enfermero/usuario con especial enfoque la atención a grupos de riesgo: personas mayores, personas en situación de minusvalidez, atención a adolescentes embarazadas.
- Han sido identificados estudios exploratorios, descriptivos y fenomenológicos entre otros;
- 54% de los estudios han sido desarrollados en hospitales centrales;
- 68% de los estudios han utilizado la encuesta como instrumento de colecta de datos;
- La enfermería y las personas en situaciones específicas surge como el tema con mayor relieve y en él las familias con sus problemas y sus culturas; se añade que las personas mayores y sus vivencias en el sufrimiento y en el dolor, representan el segundo focus de atención de los estudios.
- Como evidencias resultantes del análisis podemos constatar: la valoración de los saberes de la práctica de enfermería, la relación entre el tiempo a cuidar a los enfermos en fin de vida y el agotamiento del profesional cuidador y la experiencia humana de ser cuidado.

- Discusión.

Los resultados del estudio, considerando que una tesis representa una preocupación, un problema del investigador, de la comunidad, en sus diferentes aspectos, pueden sustentar una práctica de enfermería basada en la evidencia. Pueden ayudar los profesionales:

- a "inferir" sobre los cuidados - tienen implicaciones en la práctica (Costa, 2002);
- a "explorar" la práctica profesional y a compartir dudas e interrogaciones (Hesbeen, 2000);
- a "dar visibilidad" a buenas prácticas y conocer más sobre la práctica profesional;
- a traer sustentabilidad para las prácticas de formación de enfermeros.

BIBLIOGRAFÍA:

Costa MA Cuidar idosos: formação, práticas e competências dos enfermeiros. Educa/ Formasau, Lisboa: Educa/Formasau; 2002

Hesbeen W. Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Lisboa: Lusociência; 2000

Huberman M, Miles, MB Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes. Bruxelles: De Boeck Wesmael; 1991

POSTER 53

AUTOR/ES:

Subirana M, Ferrús L, Gutierrez R

TÍTULO:

¿Reingeniería en la educación enfermera?. Percepción de enfermeras expertas.

TEXTO DEL TRABAJO:

Objetivo: Explorar que implica la aplicación del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) y del Real Decreto 450/2005 sobre especialidades de Enfermería con respecto al perfil profesional resultante comparativamente al actual.

Métodos: Participantes: Se escogió una muestra de conveniencia de informantes, considerados informantes clave por ser profesionales de enfermería expertos tanto a nivel docente, gestor, investigador y asistencial que, al ser grandes conocedores del proceso de reformulación de los estudios de enfermería, podían proporcionar un desarrollo de posibles escenarios y situaciones.

Recogida de datos: La técnica utilizada fue la entrevista en profundidad, ya que proporciona una oportunidad para obtener detalles sobre un tema o una experiencia. Con la finalidad de conseguir y mantener la homogeneidad de la entrevista, se estableció un guión de preguntas. **Proceso y método de análisis:** Análisis de contenido para identificar las categorías y los temas emergentes. Se realizó un análisis sistemático y riguroso del texto. Se finalizó la recogida de datos al llegar a la saturación y los resultados fueron contrastados. **Aspectos éticos:** Se ha mantenido el anonimato de la entrevistada con relación a la información aportada. En alguna ocasión, la persona entrevistada solicitó que se detuviera el registro, la información compartida durante ese periodo, no se incluyó en el análisis.

Resultados: Los resultados de la interpretación y análisis de la información obtenida, ponen de manifiesto que el tema propuesto es complejo. No obstante, ha sido posible identificar cuatro temas sobre los que la aplicación del EEES y el Real Decreto 450/2005 se considera que van a tener más impacto. Los temas han sido: 1).Evolución de la profesión: Se ha producido la evolución natural de una profesión muy compleja situada en un entorno que no facilita el desarrollo profesional. Esta evolución es muy importante a nivel individual, al integrarse el concepto de profesionalización se ha generado el avance. Sin embargo, cuando se analiza la evolución como colectivo profesional, existen diferentes perspectivas. 2).Carrera profesional vs. carrera académica: Los graduados, en comparación con los diplomados, van a aumentar la profundización e integración del conocimiento en la práctica, sin embargo ambos perfiles son generalistas. Es difícil establecer la repercusión del incremento a 4 años y de las características (públicas o privadas) del tipo de plazas universitarias. 3).Competencia y reconocimiento profesional: En el grado es importante garantizar el pleno desarrollo de las competencias específicas y tener en cuenta que al desaparecer las materias troncales, no está garantizada la homogeneidad en los estudios. En las especialidades sólo hay dos perfiles claramente definidos. 4). Propuestas y oferta del sistema: La inserción laboral que ofrece el sistema sanitario es, en general, precaria a nivel organizativo y contractual. No se considera la importancia de la inserción del recién graduado como aspecto clave para garantizar el éxito de la misma.

Discusión: Se pone de manifiesto la evolución individual de los profesionales de enfermería y la dificultad de evolución como colectivo. La confluencia al EEES es un nuevo reto y favorece esta evolución. Los graduados serán generalistas, pero van a estar mejor preparados en competencias específicas y transversales, por lo que van a tener más conocimientos de la disciplina, de metodología científica y de pensamiento crítico. Las opciones que se plantean a continuación del grado constituyen dos vías paralelas. El entorno laboral es hostil con los nuevos profesionales lo que dificulta su crecimiento y evolución profesional. Las condiciones laborales de inserción, son aspectos claves para que los nuevos profesionales se conviertan en profesionales expertos. Se plantea claramente la necesidad de revisión de los puestos de trabajo que incluya una adecuada descripción del perfil de competencias, para poder establecer que tipo de profesionales demanda la sociedad. Las perspectivas futuras rompen un techo inalcanzable hasta este momento.

BIBLIOGRAFÍA:

- Alberdi RM^a. Sobre las concepciones de la Enfermería. Rev ROL Enf 1988;115:25-30.
- Comunicado de Londres, 18 de Mayo 2007. [Acceso en noviembre de 2007]. Disponible en: <http://www.eees.ua.es/documentos.htm>.
- Comunicado de Praga, 19 de Mayo de 2001. [Acceso en noviembre de 2007]. Disponible en: <http://www.eees.ua.es/documentos.htm>.
- Declaración de Bergen, 19-20 de Mayo de 2005. [Acceso en noviembre de 2007]. Disponible en: <http://www.eees.ua.es/documentos.htm>.
- Declaración de Berlín, 19 de Septiembre de 2003. [Acceso en noviembre de 2007]. Disponible en: <http://www.eees.ua.es/documentos.htm>.
- Declaración de Bolonia, 19 de Junio de 1999. [Acceso en noviembre de 2007]. Disponible en: <http://www.eees.ua.es/documentos.htm>.
- Declaración de La Sorbona, 25 de Mayo de 1998. [Acceso en noviembre de 2007]. Disponible en: <http://www.eees.ua.es/documentos.htm>.
- Duran M. El segundo ciclo en enfermería. Rev ROL Enf 2000;23(5):371-9.
- Espacio Europeo de Educación Superior. [Acceso en noviembre de 2007]. Disponible en: <http://eees.es>
- Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. Toward a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research* 2007;1(2):112-133.
- Krippendorff, Klaus (2004). *Content analysis: An introduction to its methodology* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Melia K. Conducting an interview. *Nurse Res* 2000;7(4):75-89.
- Pope C., Van Royen P., Baker P. Qualitative methods in research on healthcare quality. *Quality and Safety in Health Care* 2002;11:148-152.
- Rose K. Unstructured and semi-structured interviewing. *Nurs Res* 1994;1(3):23-33.
- Ministerio de Educación y Ciencia (BOE n. 283 de 26/11/1977). Orden de 31 de octubre de 1977 por la que se dictan directrices para la elaboración de planes de estudios de las escuelas universitarias de enfermería. [Acceso en noviembre de 2007]. Disponible en: <http://www.boe.es>

POSTER 55

AUTOR/ES:

Granados Martín M, Díaz Rodríguez DR; Pablo Leis AI

TÍTULO:

Descripción de las técnicas durante la realización de la CPRE como nueva actividad.

TEXTO DEL TRABAJO:

1. INTRODUCCIÓN

La Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) es una prueba radiológica diagnóstica y terapéutica de contraste de la vía biliar, el páncreas y el hígado realizada a través de una endoscopia. A través de la técnica se realiza un estudio morfológico de los conductos pancreáticos, la vía biliar y se observa directamente la papila de Váter durante la endoscopia.

La técnica se realiza con sedación intravenosa y el paciente en posición de decúbito prono o lateral. Al introducir el duodenoscopio (endoscopio con visión lateral) se observa directamente la ampolla de Váter y se puede realizar la inyección retrógrada de contraste para reconocer el colédoco y distinguirlo del conducto pancreático.

2. OBJETIVOS

Describir las técnicas realizadas durante la CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) y las complicaciones posteriores en una primera fase de inicio de la técnica como nueva actividad.

3. MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal realizado entre marzo de 2006 y agosto de 2007. Se han incluido las 75 CPRE realizadas a 63 pacientes. La recogida de datos se realizó a través de una tabla de Excel y se analizaron con el programa informático SPSS.

4. RESULTADOS

La edad media ha sido de 58'4 años (\square 20'24), de los que 57'1% (n=36) eran mujeres.

El éxito de la CPRE, definida como coseguir canular el conducto necesario, fue de un 70'7% (n=53).

CANULACIÓN DE VÍA BILIAR: Sí: 54 (72%); No: 21 (28%).

CANULACIÓN VÍA PANCREÁTICA: Era necesaria en 9. Se consiguió en 7 (77,77%).

La técnica terapéutica que se utilizó fue:

Esfinterotomía: 37 (49,3%).

Balón de Fogarty: 38 (50,7%).

Cesta de Dormia: 8 (10,7%).

Litotriptor: 1 (1,3%).

Prótesis biliar: 12 (16%).

Dilatación de vía biliar: 1 (1,3%).

Esfinterotomía pancreática: 5 (6,7%).

Prótesis pancreática: 5 (6,7%).

En cuanto a las complicaciones tras la prueba:

Sí: 10 CPRE (13,3%): pancreatitis: 3 (4%), hemorragia: 2 (2,7% del total de los pacientes), colangitis: 5 (6,7%), TEP: 1 (1,33%).

No: 65 CPRE (86,7%).

A todos los pacientes se realizó la prueba monitorizados (FC, TA, Sat O₂) con una sedoanalgesia administrada y controlada por un anestesista (se utilizaron propofol, remifentanilo y/o midazolam).

5. DISCUSIÓN E IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA

La realización de una CPRE es una prueba compleja que conlleva la coordinación entre los médicos especialistas del Aparato Digestivo y Anestesia, técnicos de radiodiagnóstico y el personal de enfermería.

El trabajo en equipo es esencial para la efectividad de la CPRE, especialmente en la técnica de canulación y esfinterotomía.

Debido a que se realizan todas las exploraciones con sedación, se puede valorar en un próximo estudio la satisfacción del paciente con la técnica.

BIBLIOGRAFÍA:

Margaix Margaix, L Gómez García, F Rubio Valverde, A Ramos San Valero, A y Borrás, P. Cuidados de enfermería en la C.P.R.E. Enferm Integral. 2000. 53:XXIII-XXVI. Protocolo y pautas de actuación.

Valoración de enfermería del aparato gastrointestinal, en Beare PG, Myers JL. Enfermería Medicoquirúrgica. Mosby/Doyma Libros 1995. Madrid: 1683. ISBN 84-8086-190-8

Renkes J. Endoscopia gastrointestinal. Asumir todas las facetas del cuidado. Nursing (ed. esp) 1994;12(2):42-47

POSTER 57

AUTOR/ES:

Autor/es: Susana Navalpotro Pascual (1). Juan Carlos Torre Puente
c.e.: snavalpotro@euef.upcomillas.es

TÍTULO:

ELABORACIÓN DE UNA ESCALA DE AUTOEFICACIA PARA MEDIR EL APRENDIZAJE EN SOPORTE VITAL: FASE CUALITATIVA

TEXTO DEL TRABAJO:

1. Objetivos:

§ Explorar las cogniciones o pensamientos que guían a los profesionales a la hora de aplicar sus conocimientos en una reanimación, así como analizar las percepciones sobre las competencias que les habilita el programa de Soporte Vital.

§ Elaborar un instrumento capaz de medir la autoeficacia del alumno en Soporte Vital (SV) o Reanimación Cardiopulmonar (RCP) tras un aprendizaje previo, contemplando variables cognitivo-emocionales y la experiencia, que se validará en una fase cuantitativa posterior.

2. Método: Análisis cualitativo.

§ Marco teórico: "investigación fenomenológica" para poder captar la "experiencia vivida" por los participantes del estudio. Se exploró los pensamientos que guían a estos profesionales en sus acciones a la hora de poner en prácticas sus conocimientos de RCP por un cuestionario de dos partes, una de preguntas semiestructuradas y otra con cuatro casos clínicos con cuatro preguntas abiertas para determinar limitadores y facilitadores para actuar.

q Recogida de datos: método Delphi. Se analizaron las respuestas desde el marco fenomenológico y se elaboró una preescala de 73 ítems. Se consensua por expertos para su validez

q Muestra: se realizó un muestreo intencionado por conveniencia de 12 profesionales de Enfermería y Fisioterapia que trabajan en distintas áreas y que hubieran intervenido en alguna reanimación.

q Criterios de selección: Alumnos egresados enfermeros y fisioterapeutas que han acabado en distintos momentos, con interés en Soporte Vital y que han obtenido una nota por encima de notable en mi asignatura; Ser personas analíticas, con capacidad de síntesis y expresión, y que al hablar con ellos hubieran estado dispuestos a participar; Haber finalizado estudios en distintos momentos y que trabajaran en distintos ámbitos; Haber presenciado alguna Reanimación.

q Organización de los datos: Se agrupa el discurso por categorías mediante pensamiento reflexivo en siete grupos, buscando puntos relevantes relacionados con autoeficacia, experiencia y factores cognitivos y emocionales que pueden influir en iniciar una reanimación, siguiendo como guión las Fuentes de Autoeficacia del Prof. Bandura.

3. Resultados: del análisis deriva una escala tipo Likert con 73 ítems que servirá para una posterior etapa cuantitativa, y que subdividimos en tres subescalas.

• Escala A: mide la dimensión de autoeficacia. Se trata de 20 ítems con el mismo comienzo: "me siento capaz de....".

• Escala B: explora cogniciones y emociones. Está compuesto por 39 ítems en los que se indica el grado de acuerdo con el texto posterior, yendo desde "no estoy de acuerdo" a "estoy totalmente de acuerdo".

• Escala C: estudia si la experiencia influye en la percepción y la actuación de una Reanimación. Está compuesta de 14 ítems donde se exploran sobre todo sentimientos sólo para personas con experiencia previa en Reanimación Cardiopulmonar (RCP).

4. Discusión: La autoeficacia es un parámetro considerado buen predictor de la conducta (Bandura, 1986) y aunque algunos autores hablan de autoeficacia en el aprendizaje de RCP (Turner, 2008) se centran en las habilidades técnicas de las maniobras de Soporte Vital no profundizando en variables cognitivo emocionales. Contemplar las variables emocionales y cognitivas que intervienen como mediadoras de la conducta pueden ser la llave maestra para mejorar la implementación de los cursos de Soporte Vital. Tras este análisis cualitativo, nos ha permitido elaborar ítems de una escala de medida de la autoeficacia en el aprendizaje de Soporte Vital, que será validada en una fase cualitativa posterior.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Bandura A. Social Foundations of thought and action: A social theory. (1987). Barcelona: Ed. Cast. Pensamiento y Acción, Barcelona, Martínez de la Roca; 1986.
- (2) Turner NM. Validity of the visual analogue scale as an instrument to measure self - efficacy in resuscitation skills. Medical Education 2008;42:503-11.
- (3) Turner N, Dierselhuis MP, Draaisma J, et al. The effect of the Advanced Paediatric Life Support course on perceived self-efficacy and use of resuscitation skills. Resuscitation 2007;73:430-6.
- (4) Torre Puente JC. Una triple alianza para un aprendizaje universitario de calidad. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2007.

POSTER 58

AUTOR/ES:

Ferrús L, Subirana M, Gutierrez R, Verdera M

TÍTULO:

Estimación del impacto económico del cambio de perfil en los profesionales de enfermería

TEXTO DEL TRABAJO:

Objetivo: Aproximarse a la repercusión económica que los diferentes escenarios de evolución de la profesión enfermera pueden tener sobre los diferentes niveles asistenciales del Sistema de Salud de Cataluña.

2 Métodos: Con la finalidad de contrastar y profundizar en la definición de escenarios de impacto y en la previsión de necesidades del sector, se aplicó una metodología cualitativa basada en la técnica de mini-delphi y a continuación se realizó un estudio-caso en cada uno de los niveles asistenciales: un centro de Atención Primaria, un hospital básico, un hospital de referencia y un hospital de alta tecnología. **Participantes:** Se desarrollaron tres mini-delphi, el 1º integrado por un grupo de 23 profesionales heterogéneo, el 2º 13 representantes claves de enfermería en el sector hospitalario y el 3º 12 representantes del ámbito de atención primaria. Se eligió un centro de referencia para cada una de las tipologías de nivel asistencial: Hospital de agudos (HA) de 100-200 camas (ICS); HA de 200-300 camas (Consortio); HA de 300-500 (Municipal); HA de 800-1000 (ICS); Hospital monográfico pediátrico de 250-350 camas (Orden religiosa); Centro de atención primaria (CAP) (ICS); CAP (Consortio) y CAP (Entidad de base asociativa). **Recogida de datos:** Se entregaban 8 propuestas relacionadas con el título de grado y 6 propuestas relacionadas con las especialidades de enfermería, y se les solicitaba que indicasen el grado de desacuerdo o acuerdo en una escala likert del 1 al 5. Se tabularon las aportaciones y se presentaron a cada grupo. En la sesión de trabajo común (duración 75 minutos) se presentaron a consenso las aportaciones, se analizaron los resultados y se elaboró una propuesta de escenarios de futuro. Posteriormente, se contactó con los gestores de cada centro con la finalidad de recopilar y sistematizar la información relativa a la organización, la plantilla y la estructura actual de categorías y costes laborales relativos al personal de enfermería de cada centro. **Proceso y método de análisis:** Después de consensuar los acuerdos durante el mini-delphi, se envió a cada participante a través de correo electrónico la redacción de los mismos para que corroborase su acuerdo o bien manifestara sus discrepancias. Para cada uno de los centros se estimaron los cambios en el personal de enfermería que la aplicación de los diferentes escenarios podría suponer. Así mismo se definieron los modelos resultantes y se proyectaron los costes laborales unitarios sobre los nuevos modelos organizativos definidos, con la finalidad de obtener los costes totales resultantes y una estimación de la posible variación que esto supondría en los costes actuales. **Aspectos éticos:** Se ha mantenido el anonimato de las personas y de los centros debido a las características de la información que se aporta en los resultados. Se solicitó consentimiento tácito para el registro sonoro.

3.- Resultados: El grupo de atención primaria hubo consenso al estimar que todas las enfermeras debían ser especialistas. En base al incremento y la masa salarial en cada uno de los centros de atención primaria, se observa que puede tener un impacto económico de entre el 6,43% y el 2,2%.

1. La especialidad de pediatría se considera indispensable en un hospital monográfico de estas características. En base al incremento y la masa salarial en cada uno de los centros hospitalarios, se observa que puede tener un impacto económico de entre el 0,35% y el 2,27%.

4.- Discusión: Directa o indirectamente, se considera que el tema de las especialidades tendrá una traducción a nivel económico. En este sentido, el efecto más esperado es que la especialización o el dominio de conocimientos en un ámbito esté reconocida a nivel de carrera profesional y, por lo tanto, a nivel del sistema sanitario. A este reconocimiento laboral (promoción laboral), se añade el reconocimiento salarial, ya que se espera que habrá una diferencia salarial por el hecho de tener el título o no tenerlo. . Un impacto a corto plazo del 1% al 5,6% en la masa salarial de las enfermeras no parece que sea una cifra que impida hacer realidad la demanda del reconocimiento económico de las especialidades aunque inicialmente sea con cifras tan bajas.

BIBLIOGRAFÍA:

- Comunicado de Londres, 18 de Mayo 2007. [Acceso en noviembre de 2007]. Disponible en: <http://www.eees.ua.es/documentos.htm>.
- Comunicado de Praga, 19 de Mayo de 2001. [Acceso en noviembre de 2007]. Disponible en: <http://www.eees.ua.es/documentos.htm>.
- Declaración de Bergen, 19-20 de Mayo de 2005. [Acceso en noviembre de 2007]. Disponible en: <http://www.eees.ua.es/documentos.htm>.
- Declaración de Berlín, 19 de Septiembre de 2003. [Acceso en noviembre de 2007]. Disponible en: <http://www.eees.ua.es/documentos.htm>.
- Declaración de Bolonia, 19 de Junio de 1999. [Acceso en noviembre de 2007]. Disponible en: <http://www.eees.ua.es/documentos.htm>.
- Declaración de La Sorbona, 25 de Mayo de 1998. [Acceso en noviembre de 2007]. Disponible en: <http://www.eees.ua.es/documentos.htm>.
- Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. Toward a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research* 2007;1(2):112-133.
- Krippendorff, Klaus (2004). *Content analysis: An introduction to its methodology* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Ley 14/1970 de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa. [Acceso en noviembre de 2007]. Disponible en: <http://www.mec.es/universidades/legislacion/files/ley-14-70.pdf>
- Melia K. Conducting an interview. *Nurse Res* 2000;7(4):75-89.
- Morgan DL. Practical Strategies for Combining Qualitative and Quantitative Methods: Applications to Health Research. *Qual Health Res* 1998;8(3):362-76.
- Real decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. [Acceso en noviembre de 2007]. Disponible en: <http://www.boe.es>
- Rose K. Unstructured and semi-structured interviewing. *Nurs Res* 1994;1(3):23-33.

POSTER 60

AUTOR/ES:

Casas Baroy J.C.*, Faro Basco M.*, Isern Farrés O.*

(*) Departamento de Procesos de Atención Terapéutica y Calidad de Vida. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Vic (Barcelona)

TÍTULO:

Opiniones y actitudes de los estudiantes de enfermería respecto a la incorporación de la evidencia en la práctica asistencial.

TEXTO DEL TRABAJO:

La existencia de un volumen muy considerable de conocimiento científico supone dificultades para aplicarlo en la práctica clínica cotidiana.

Objetivo:

Conocer las opiniones y actitudes de los estudiantes de enfermería respecto a la importancia de revisar la literatura científica para mejorar la práctica de los cuidados enfermeros.

Metodología:

Estudio observacional de diseño transversal.

Muestra: estudiantes de 2º de enfermería de los cursos 03-04, 04-05 y 06-07 de la EUCS de la Universidad de Vic (Barcelona).

Para la recogida de datos se ha elaborado un cuestionario de actitud tipo Likert autoadministrado con 24 ítems.

Resultados:

El número de encuestas contestadas por curso ha sido de 45, 24 y 53 respectivamente.

Los 3 cursos son homogéneos en edad con una media de 24,13 años (D.E.=5,3), (F=0,863;p=0,425) y género, 10% hombres y 90% mujeres (linealxlineal=1,57;p=0,210).

El 56% tienen experiencia profesional y el 44% no. (linealxlineal= 0,684;p=0,408). Informarse y documentarse se valora cómo una necesidad en el 98,2% de los alumnos. Saber documentarse y saber dónde y cómo buscar la información se considera importante para la mejora en el trabajo asistencial en el 96,3% de los alumnos. La importancia que atribuyen a la información obtenida a través de los artículos de revista científica se considera una importante fuente de información situándose en un 18,5%. Respecto a la experiencia profesional, el 26,9% creen que la experiencia aporta los mismos conocimientos que la lectura de artículos. La necesidad de tomar decisiones se identifica cómo una acción cotidiana en el trabajo asistencial en un 92,7%. Un 75% de los estudiantes declaran que actuar en base a las evidencias mejora la atención al paciente. La posibilidad de aplicar a la práctica asistencial las evidencias bibliográficas halladas es valorada por el 43,1% de los estudiantes cómo difícil, aunque existan evidencias que lo justifiquen.

Comparando los resultados en los 3 cursos, no se observan diferencias en los ítems incluidos en la encuesta. Tampoco existen diferencias si comparamos los alumnos que poseen experiencia laboral en el sector sanitario respecto los que no tienen experiencia laboral.

Discusión.

En el transcurso de los 3 periodos, los estudiantes han manifestado de forma clara y unívoca la necesidad de documentarse y hallar evidencias que aporten mejora a los cuidados. Pero también hemos visto que se manifiesta una muy baja consideración respecto la importancia que tienen los artículos de revista científica cómo una de las principales fuentes de documentación e información. Hemos identificado una falsa creencia respecto a la experiencia profesional, ya que se ha puesto de manifiesto que los estudiantes creen que la experiencia aporta los suficientes conocimientos cómo para no necesitar leer artículos de investigación. Y por último, los estudiantes identifican una clara dificultad para poder incorporar los hallazgos en la práctica asistencial.

En consecuencia hemos de continuar trabajando en la idea que la enfermería basada en la evidencia siempre aportará mejora en la práctica de los cuidados, aunque cómo hemos visto queda por diseñar una estrategia de cómo los docentes debemos hacerlo para que nuestros alumnos aprendan a considerar la importancia de los artículos cómo fuente documental de primera elección. Hemos de hacer visibles las mejoras asistenciales que pueden ser resultado de la revisión de la literatura científica que, junto con la experiencia profesional, constituyen los fundamentos de la práctica clínica basada en la evidencia.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.-Martinez, JR. Barreras e instrumentos facilitadores de la enfermería basada en la evidencia. *Enfermería Clínica* 2003;13(5):303-8.
- 2.-Gruppen, LD Frohna, JG. Mangrulkar,RS. Fliegel,JE. Developing and validating an Objective Structured Clinical Examination Station to Assess Evidence-Based Medicine Skills. *Educación Médica* 2004; 7(3): 212.
- 3.-Cabrero, J. Richart, M. Investigar en enfermería. Alicante: Universidad de Alicante; 2000.
- 4.-Lewis-Barned, N. Dickinson, C. Steven,A. Pearson, P Uni-professional response to interprofessional learning-Medical Students in the Common Learning Project. *Educación Médica* 2004; 7(3):65.
- 5.-Cabrero, J Enfermería basada en la evidencia y utilización de la investigación. *Índex de enfermería* 1999; 8 (27):12-17.
- 6.-Icart MT. Enfermería basada en la evidencia (EBE) un nuevo desafío profesional. *Enfermería Clínica* 1998; 8(2):77-83.

POSTER 61

AUTOR/ES:

cDra. Edith Ruth Arizmendi Jaime cDra. Tomasa Lucila Hernández Reyes

TÍTULO:

Registro de las Notas de Enfermería como Evidencia del Cuidado Otorgado

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción:

Este estudio se llevo a cabo con el enfoque de abordar la calidad de los registros enfermeros como evidencia del cuidado otorgado, estudiados desde lo científico y de calidad.

Los registros de enfermería son el soporte documental donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente a una persona concreta, valoración, tratamiento recibido y su evolución.

Las condiciones que debe cumplir un registro para ser considerado de calidad deben de responder a una serie de preguntas, además debe de registrar la atención, la planeación y ejecución de los cuidados a pacientes/clientes; así mismo los sistemas de registro de enfermería deben de ser eficaces, efectivos y eficientes; también debe de evaluarse como se da respuesta a las necesidades de salud de la población.

La enfermera tiene como uno de sus propósitos el otorgar cuidados de máxima calidad en todos los niveles de atención, así mismo el ser gestora y el de docente-investigadora, lo que contribuye al mejoramiento de los cuidados. Además los registros constituyen un documento legal sobre los cuidados profesionales otorgados y son un requerimiento ante los juzgados.

Objetivos:

Identificar que registra el profesional de enfermería como evidencia de los cuidados otorgados a los pacientes en los servicios de gineco-obstetricia y cirugía e implementar un programa de actualización.

Objetivos específicos:

Disminuir la variabilidad de los cuidados, garantizando su continuidad. Analizar el nivel de cumplimiento y contenido de los apartados referentes a los registros de enfermería, tanto a nivel global como en los distintos turnos de trabajo

Método: Descriptivo, exploratorio, transversal lo que permite el aporte de conocimientos y beneficios en la práctica del profesional de enfermería que labora en el Hospital N. O. 26 "Dr. Carlos Calero Elorduy"

Universo de trabajo 80 registros de enfermería realizados de lunes a viernes de los servicios de gineco – obstetricia y cirugía.

Periodo de Julio 16 a agosto 15 2006

Instrumento elaborado y validado de 17 reactivos

La investigación se realizo en tres fases: Primera: Se examinaron los registros de enfermería que evidenciaron los cuidados otorgados fueran de calidad así como su continuidad entre los turnos; Segunda: Se llevo a cabo el análisis de los resultados de los registros y la continuidad de los cuidados; Tercer Fase: En base a los resultados se elabora una propuesta de un programa que permita unificar las condiciones que debe cumplir un registro de enfermería para ser considerado de calidad. Las variables de estudio analizadas fueron: 1.relación teoría y práctica; 2. nombre del paciente, fecha, dieta, días de estancia, hora, signos vitales, medicamentos, soluciones, estado de conciencia y motivo de ayuno, la posición que requiere el paciente, la movilidad del paciente, eliminación urinaria y fecal, control de dieta ingerida; 3. cirugía proyectada, número de días de postoperado, registro de los cuidados y/o procedimientos simultáneos o inmediatos, observaciones (precisas, concretas, legibles, sin tachaduras), registro de los apellidos y nombre del personal de enfermería y 4.control de líquidos.

Resultados: El 83.4% del profesional de enfermería conserva la relación existente entre la teoría y la práctica unificando criterios que responden a las necesidades de mantenimiento y manejo continuo oportuno de los cuidados y el registro estandarizado de enfermería en la práctica profesional.

Ejecución de los registros de enfermería: El mayor peso porcentual en la ejecución para los registros por el profesional de enfermería es el Kárdex con un 81.5 %, seguido por la hoja de enfermería (utilizando la metodología común (Valoración patrones /de NANDA/NOC/NIC), normalizando el trabajo enfermero (Proceso Atención Enfermería)) con un 86.5 % y la hoja de control de líquidos el 85.4 % Frecuencia del registro: De total de los registros de enfermería

revisados el 81.5 % corresponde a la frecuencia de casi siempre registra: nombre, fecha, dieta, días

BIBLIOGRAFÍA:

- A. I. Fernández Herranz, M.R. Burgos Martín, T. Herrero García, A.I. Cabrero Cabrero, M. García Iglesias Control de calidad en los registros de enfermería. ISSN 1130-2399, Vol. 9, Nº. 1, 1998 , pags. 10-15
- Gilabent Careta Carme. Elaboración de un sistema de registros de enfermería: aspectos legales y éticos. Todo Hospital/138. Julio-Agosto 1997; 5-55. Artículo.
- Ruiz Hontangas A. Calidad de los registros de Enfermería en Enfermería Cardiovascular. 13-02-06. Registro del Proceso Enfermero en el área de Urgencias y Emergencias: una aplicación práctica a través de una herramienta viva. En <http://www.saludycuidados/No.7/registro/registro2.htm>.
- Chaparro L, García D. Registros del Profesional de Enfermería, como evidencia de la continuidad del cuidado. En: http://ww.encolombia.com/edicina/enfermeria/enfermeria6403_registros.htm actualizaciones en enfermería
- González I, Ibarra B. Sabemos los enfermeros(as) como escribir un parte. Hospital de Navarra. En: <http://www.enfermeria21.com./lista metas/partes de enfermeria.doc>
- Corcoles P. El dossier de enfermería en el complejo hospitalario de Albacete: Composición y control de calidad. Registros de enfermería: Perspectivas del futuro y posibles soluciones. España. 2002
- Méndez G. La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico. Revista Mexicana de Enfermedad Cardiol 2001(9):14
- Santos S, Cruz M, Chávez M. El estudio de materiales de autoinstrucción como estrategia para implementar el cumplimiento de la integración del expediente clínico. Biomédica 2003(4);14:227 – 237
- Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. La Prensa Médica Mexicana:1984.

POSTER 70

AUTOR/ES:

Bartolomé Fandos, L. Puyal Melé, A.

TÍTULO:

ANÁLISIS DE LA FLUENCIA VERBAL SEMÁNTICA CATEGORÍA ANIMALES EN POBLACION GERIÁTRICA DE LA PROVINCIA DE HUESCA.

TEXTO DEL TRABAJO:

Los test de fluencia verbal son ampliamente utilizados en las valoraciones neuropsicológicas y psicolingüísticas, son muy sensibles al daño cerebral, afectándose precozmente en procesos que condicionan el deterioro cognitivo. Existen diferentes variantes de test, los más estudiados son los de fluencia verbal semántica (FVS) y fonológica. Los FVS se valoran la capacidad de un sujeto en nombrar posibles elementos pertenecientes a una determinada categoría (animales, colores...), en un tiempo determinado.

En España se empieza a disponer de datos normativos validados en nuestra población para edades entre 20-49 años, y está en marcha un estudio multicéntrico para mayores de 49 años (Proyecto NEURORMA). Pero no existe otro tipo de estudios ya que hasta la fecha los estudios realizados en idioma castellano se han realizado en población Hispanoamericana.

OBJETIVO:

Detectar los animales, subcategorías, pares de animales más frecuentes, y analizar la relación de las variables sociodemográficas, y el deterioro de la fluidez verbal.

METODOLOGÍA:

La muestra fue seleccionada por proceso sistemático (K=2) entre los participantes del estudio PSICOTARD. Sujetos de ambos sexos, \geq de 65 años residentes en la provincia de Huesca en el 2006. Se registraron las variables edad, sexo, estudios completados, la puntuación de los test Minimental de Folstein, y del FVS. Se analizaron los animales por frecuencia, subcategoría y parejas.

Se realizó análisis descriptivo y bivariante. Se emplearon pruebas T-Student, ANOVA, Regresión lineal y C.Pearson.

RESULTADOS:

Se obtuvo una muestra de 149 sujetos, de una media de edad $77,6 \pm 7,21$ años, el 46,7% mujeres, el 53,3% hombres. El 92 % sujetos con un grado de escolaridad media. La FV fue de $12,8 \pm 4,04$ animales. Los tres animales más nombrados son conejo, perro y gato. Los 10 animales más nombrados en sujetos con deterioro coinciden con los de los hombres y las mujeres. Y estos entre ellos coinciden en 8 animales.

La pareja de animales más nombrada coincide con la de los sujetos con deterioro al igual que las 4 primeras subcategorías de animales. Pero estos no nombran ningún animal de la subcategoría peces.

DISCUSIÓN:

Los test de FV son muy sensibles al daño cerebral, afectándose precozmente en procesos que condicionan el deterioro cognitivo. Tanto hombres como mujeres, y sujetos con deterioro refieren los mismos animales. Reflexión ¿ Será que no somos tan diferentes ...? ¿Y mantenemos lo esencial...?

POSTER 71

AUTOR/ES:

González R.; Ayud I.; Fernández M.; Martelo MA.
Escuela Universitaria de Enfermería de Algeciras. Universidad de Cádiz
rgonzalez.rodriquez@uca.es

TÍTULO:

Innovación docente: Registros para la práctica del Proceso Enfermero en el Título de Grado de Enfermería

TEXTO DEL TRABAJO:

1. OBJETIVOS:

1.1. Proporcionar al alumno un registro sobre el proceso de enfermería para que desarrolle en la práctica los conceptos aprendidos a través del estudio de la teoría.

1.2. Capacitar al alumno, a través de la cumplimentación de dicho registro, para que se comunique e interaccione con el paciente y su familia, como principales competencias a adquirir en los estudios del título de Grado de Enfermería.

2. MÉTODO: El registro presentado se ha elaborado en la E.U. de Enfermería de Algeciras, durante los meses de junio de 2007 a abril de 2008. Su diseño fue cualitativo, descriptivo, retrospectivo y longitudinal. Se realizó una revisión bibliográfica sobre el Proceso de Enfermería, sobre el modelo de cuidados de Henderson y sobre las etiquetas diagnósticas de la NANDA. De dichas etiquetas se seleccionaron las que únicamente podrían ser resueltas con actividades independientes de enfermería en el contexto profesional y legal de nuestro país y se clasificaron por necesidades según el modelo Henderson. Posteriormente y dando respuestas a las cuestiones planteadas sobre ¿qué preguntar? y ¿qué explorar? para llegar a las conclusiones diagnósticas en cada una de las 14 necesidades quedó configurado el registro de valoración que serviría de base para el desarrollo del resto de los registros para la práctica del proceso enfermero.

3. RESULTADOS:

En el Registro 1, el alumno anota los datos del usuario, el motivo de la visita actual y mide la constantes vitales. Realiza la Entrevista y la Exploración Física de cada necesidad. La entrevista está constituida por 250 preguntas para los hombres y 257 para las mujeres, ya que para éstas se incluyen preguntas referentes a la menopausia y la menarquia. De estas preguntas el 67% son abiertas, el 24% cerradas, el 7% de reflexión y el 0% intencionadas, ya que consideramos que estas últimas llevan una gran carga emotiva que pueden dañar la relación alumno-paciente/familia. En el Registro 2, indica, las manifestaciones de dependencia identificadas en cada una de las necesidades examinadas anteriormente, describiendo las fuentes de dificultad del cliente que más tarde las utilizará, en el plan de cuidados, para la elaboración de objetivos dirigidos a las distintas áreas de cambio de éste: cognitiva, afectiva, psicomotriz o de funcionamiento integral de su cuerpo o parte de éste. En el Registro 3, describe los problemas identificados en cada una de las necesidades, haciendo constar la fecha de identificación. Formula los diagnósticos de enfermería según el formato PES aplicándoles las etiquetas diagnósticas correspondiente según la NANDA. En el Registro 4, prioriza los diagnósticos de enfermería, formula objetivos para cada uno de ellos, en términos de resultados esperados de la persona, y establece actividades para cada objetivo, basadas en las actividades descritas en las Guías de Prácticas Clínicas que utiliza como libros de textos. En el Registro 5, realiza una comparación sobre el estado de salud del cliente y los resultados obtenidos y establece un juicio o conclusión sobre cada uno de los diagnósticos identificados. Hace constar la fecha de evaluación y en caso de que el diagnóstico no haya sido resuelto, indica las posibles causas. En el Registro 6, describe el nivel de independencia respecto a las manifestaciones de dependencia del cliente/usuario encontradas en la valoración inicial.

4. CONCLUSIONES: El registro elaborado está diseñado para el aprendizaje basado en problemas y su práctica está orientada a la promoción del pensamiento crítico, el aprendizaje centrado en el estudiante y el aprendizaje autodirigido. Encaja perfectamente en la metodologías docentes propuestas en el Espacio Europeo de Educación Superior ya que favorece el aprendizaje activo del estudiante, enseña al estudiante a aprender y a integrar la teoría con la práctica. Como actividad académicamente dirigida, ayuda a desarrollar en el alumno diferentes capacidades: Actitudinales, de pensamiento y razonamiento clínico y de relaciones interpersonales, lo que facilitará una progresión positiva de la relación entre el alumno y el paciente o la familia.

BIBLIOGRAFÍA:

- ALAFARO-LEFEVRE, R. (2002). Aplicación del Proceso Enfermero. Guía paso a paso. 4ª ed. Barcelona: Masson.
- BENITO, A. y CRUZ, A. (2005). Nuevas claves para la docencia universitaria en el Espacio Europeo de Educación Superior. Madrid: Narcea.
- CARPENITO, L.J. (2003). Diagnósticos de Enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica. 9ª ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana.
- EXLEY, K. y DENNIS, R. (2007). Enseñanza en pequeños grupos en Educación Superior. Madrid: Narcea.
- GONZÁLEZ, R. et al (2006). Aplicación de Diagnósticos NANDA y Modelo de Henderson. En VI Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería: Resultados, Gestión y Liderazgo. Ponencias y Comunicaciones. Granada: AENTDE.
- GONZÁLEZ, R. et al (2005). Guía de prácticas clínicas. Fundamentos de Enfermería. Cádiz: Servicio de Publicaciones UCA.
- LUÍS, MT. (2006): Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 7ª ed. Barcelona: Masson.
- LUÍS, MT. (2005). De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson, en el siglo XXI. 3ª ed. Barcelona: Masson.
- NANDA Internacional (2008). Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2007-2008. Madrid: Elsevier España, S.A.
- PRIETO, L. (2006). Aprendizaje activo en el aula universitaria: el caso del aprendizaje basado en problemas, en Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales Vol. 64. Núm 124. Págs. 173-196
- TEIXIDOR, M. et al (2002): Proyecto de formación para la implantación del proceso de cuidados en el marco conceptual de Virginia Henderson en los Centros de Atención Primaria del Institut Catalá de la Salut. La salud y la calidad de vida, un reto para las enfermeras asistenciales, docentes y gestoras. Barcelona: Fundación "la Caixa".

POSTER 72

AUTOR/ES:

Carmen Segura Saint-Gerons, Carmen Rodríguez Martínez, María Dolores Lara Lara, Ana García Caparros, María Dolores Miranda Carballo, Marina Sánchez Moyano, Víctor Mengibar Pareja.

TÍTULO:

EXPERIENCIA DE ENFERMERIA EN LA NUEVA PLATAFORMA TECNOLÓGICA PARA EL SEGUIMIENTO DOMICILIARIO DE PACIENTES PORTADORES DE DESFIBRILADORES

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción: Nuestros Servicios disponen de una plataforma tecnológica que permite acceder remotamente a los datos almacenados en los Desfibriladores Automáticos Implantables y dispositivos con terapia de resincronización y capacidad de desfibrilación, sin que el paciente se desplace al hospital.

Objetivo: Analizar nuestra experiencia con estos dispositivos, valorar si nuestro programa educativo ha sido beneficioso y el grado de satisfacción de los pacientes a los cuales se les ha entregado el monitor para uso en su domicilio.

Material y Métodos: Estudio descriptivo y prospectivo con 20 pacientes que utilizan esta tecnología. Ellos interrogan su dispositivo implantado en casa con el monitor, transmitiendo la información a un servidor seguro por medio de una línea telefónica analógica estándar. La consulta sólo necesita disponer de un ordenador personal con conexión a Internet.

Resultados: Se han realizado 104 transmisiones en 4 meses. El 100% de la información obtenida ha sido de forma correcta, todos los pacientes han cumplido el calendario de los chequeos pactados anteriormente en nuestra consulta, y los pacientes, bajo un cuestionario, han manifestado un alto grado de satisfacción de estar en este programa considerando nuestro sistema de entrenamiento muy positivo.

Conclusiones: Este sistema permite un seguimiento remoto de los dispositivos implantados. Siendo muy útil para nuestros pacientes ya que, una rápida transmisión desde su casa puede proporcionar todos los datos necesarios al centro para poder diagnosticar problemas, y decidir si es necesario que el paciente se desplace al hospital. El buen entrenamiento por parte de enfermería ayuda al paciente evitándole temores y traslados a nuestro centro innecesarios

BIBLIOGRAFÍA:

1 Registro Español de Desfibrilador Automático Implantable. III Informe Oficial del Grupo de Trabajo de Desfibrilador Automático Implantable de la Sociedad Española de Cardiología (2006). Rev Esp Cardiol 2007; 60: 1290 – 1301

2 Mark H.Schoenfeld, Steven J.Compton, R.Hardwin Mead, Danieln.W Eiss, Lou Sherfese, Jennifer Englund, Luc R. Mongeon. Remote Monitoring of Implantable Cardioverter Defibrillators: A Prospective Análisis. (PACE2004;27[Pt.I]:757–763)

POSTER 73

AUTOR/ES:

Enf. Sequeira Daza Doris, Becaria CONICYT- Chile, alumna Doctorado en Gerontología Social, Universidad de Granada.
correo electrónico: viejo_doris@yahoo.com

TÍTULO:

Análisis de la satisfacción vital en los mayores que asisten a la Casa de Acogida del INP, Valparaíso, Chile

TEXTO DEL TRABAJO:

Objetivos:

- 1.- Analizar la satisfacción vital en las personas que asisten a la Casa de Acogida del INP.
- 2.- Analizar cada uno de los factores que componen la satisfacción vital en los adultos mayores que asisten a la Casa de Acogida del INP.
- 3.- Estudiar la satisfacción vital en función de variables socio-demográficas como la edad, estado civil y el vivir solo.

Metodología:

El diseño del trabajo corresponde a un estudio descriptivo realizado en enero del 2008 en la Casa de Acogida del Instituto de Normalización Previsional de Valparaíso. La variable dependiente estudiada es la satisfacción vital y sus factores y las variables independientes, la edad, el estado civil y la condición de vivir solo.

La muestra estuvo compuesta por todos los adultos mayores que asistían al Taller "Estimulación de la Memoria", 20 adultos mayores (17 mujeres y 3 varones) de edades entre los 57 y 84 años. Los instrumentos utilizados fueron una encuesta estructurada que recogía información socio-demográfica como la edad, el género, el estado civil, si vive solo o acompañado, entre otros datos; y la Escala de Satisfacción de Filadelfia adaptada por I. Montorio en 1992 la que consta de 16 ítems de respuesta dicotómica con un puntaje total de 16 puntos, esta Escala evalúa la satisfacción global y se subdivide en tres subescalas que evalúan la agitación, la actitud hacia el propio envejecimiento y la insatisfacción con la soledad.

El procedimiento utilizado fue la aplicación simultánea de ambos instrumentos a la totalidad de los asistentes al Taller previa explicación de los instrumentos y de los objetivos de su aplicación. La información obtenida se tabuló en el Programa Excel 2007.

Resultados:

De la muestra, el 60% vive solo, el 30% se encuentra entre los 70 y 74 años; el 55% está viudo, el 15% casado y el 10% permanece soltero; las puntuaciones máximas y mínimas oscilan entre los 15 y 2 en la puntuación total de la satisfacción con una media de 9,0; en el factor agitación de un puntaje máximo de 6, se obtuvo el máximo de 6 y el mínimo de cero con una media de 3,2; en el factor actitud hacia el propio envejecimiento, de un puntaje máximo de 5, se obtuvo el máximo y el mínimo fue uno con una media de 2,6; en cuanto al factor insatisfacción con la soledad que puntúa 5 como máximo, se obtuvo el puntaje máximo y una mínima de uno con una media de 3,0.

No existe diferencia entre los que viven solos o acompañados frente al factor 3, ubicándose ambos grupos en la media; si existe diferencia entre ambos grupos en la agitación y la actitud hacia el envejecimiento, ubicándose bajo la media el grupo de los que viven solos y sobre la media el grupo que vive acompañado (factor 2); la satisfacción total es más alta en los casados; en cuanto a la edad, el grupo de 60 a 64 años y de 75 a 79 años presenta una baja satisfacción.

Discusión:

El resultado de 9,5 en la satisfacción total es inferior a la encontrada por Castellón y cols. en el 2004 (11,47) y Zamarrón en el 2000(10,1) pero se encuentran sobre los obtenidos por Montorio en 1994 (8,8), lo que puede considerarse una puntuación baja en la satisfacción total en los mayores de la muestra; esta baja satisfacción en los mayores de 60 a 64 años, la mayoría mujeres, podría deberse a que, es la etapa donde se produce la jubilación mientras que en el grupo de 75 a 79 años corresponde al período donde se hacen más evidentes los cambios físicos que ocurren con el proceso de envejecimiento relacionados con el estilo de vida. El Taller sólo lleva funcionando tres meses con sesiones de 1, 5 hora semanales y muchos de sus integrantes son derivados por los profesionales de salud a estos talleres por presentar síntomas depresivos, de ahí la importancia de mantener estos talleres y de volver a evaluar a los mayores en un período mayor de tiempo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Castellón A; Gómez M; Martos A: Análisis de la satisfacción en los mayores de la Universidad de Granada, Revista Multidisciplinar de Gerontología, 14 (5): 252-257
- 2.- Gómez M.A: "Operativización de los estilos de vida mediante la distribución del tiempo en personas mayores de 50 ", (tesis doctoral), Granada: Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Granada, 2005,
3. Cabezas, C., et al.: Una aproximación teórica a la experiencia de las aulas de mayores. Granada: Universidad de Granada, en Rubio Herrera coordinadora Temas de Gerontología, Universidad de Granada, 2001, p. 227-241.
- 4.-González-Celis A.; Esquivel R.; Jiménez J: Impacto de un aula para personas mayores sobre la calidad de vida, Revista Interamericana de Educación de Adultos (revista en Internet) 2005, enero-junio 2005, (acceso 2 febrero 2008) 27 (1). Disponible en. http://tariacuri.crefal.edu.mx/rieda/ene_jun_2005/exploraciones/explora_art2_p4.htm

POSTER 76

AUTOR/ES:

M. Lupiani Giménez; FJ Gala León ; A Bernalte Benazet ; J Dávila Guerrero; T Miret García; A Gómez Sanabria; R Raja Hernández; JA Cordeiro Castro; S Lupiani Giménez

TÍTULO:

Evolución de la Autoimagen y Autoestima Profesional autopercibida por Profesionales de Enfermería. Resultados de un estudio

TEXTO DEL TRABAJO:

INTRODUCCIÓN: La Autoimagen y la Autoestima, como variables autopercibidas y autorreferentes, son un componente básico de la persona, pues para tomar decisiones, comprometerse, responsabilizarse, etc. es preciso tener una adecuada actitud/opinión sobre sí mismo(1). Así el "conócete a ti mismo" socrático y délfico (2) ha de traducirse en AUTOCONCEPTO y AUTOESTIMA POSITIVOS para el equilibrio y la supervivencia psicológica(3). Este reconocimiento se remonta a Platón y San Agustín(4), pero es Coopermish quien lo conceptualiza como "la forma en la que el individuo se evalúa a sí mismo", admitiéndose que es un constructo multidimensional(5). En este marco, el Autoconcepto Profesional es la variable Cognitiva de la Autoimagen Profesional (junto a la Autoestima, variable Afectiva de esta Actitud hacia uno mismo -6-). Desde los 70 el constructo es considerado elemento nuclear de las teorías motivacionales, señalándose su trascendencia en el Rendimiento Laboral y en la propia Salud (una baja autoestima correlaciona con ansiedad, depresión, trastornos psicosomáticos...siendo uno de los principales determinantes del burnout -7-). En la Enfermería posiblemente ha sido King quien más ha enfatizado su importancia para el desempeño enfermero(8), siendo tradicionalmente objeto de debate el estereotipo de la escasa autoestima de los Profesionales de la Enfermería en España. Ya en 1996 decidimos analizar la Autoimagen/Autoestima Profesional de la Enfermería (9)—con diversas publicaciones al respecto en 1997 y 98-. Esta vez hemos decidido replicar el estudio —utilizando en lo posible a los mismos sujetos en muestras similares- para ver cómo ha evolucionado longitudinal y diacrónicamente esta autopercepción.

OBJETIVOS: Evaluar y analizar el constructo Autoconcepto/Autoestima (Ac) percibido por Profesionales de Enfermería, analizando las diversas variables—subelementos—componentes:a) Nivel de Activación Motivacional, b) Nivel de Expectativa, c) Nivel de Ejecución, d) Valoración de los Incentivos y, e) Nivel de Satisfacción Laboral. Contrastando todo ello según el sexo y comparando los resultados con los obtenidos en una muestra similar (en no pocos casos los mismos sujetos) hace 11 años.

MATERIAL Y MÉTODO: Hemos trabajado con una MUESTRA de 70 sujetos (en 1996 fueron 65), 42 mujeres y 28 hombres del Hosp. Univ. de Pto. Real, con una edad en las cohortes de 30 a 50 años. El INSTRUMENTO de recogida de datos ha sido la Escala de Motivaciones Psicosociales(MPS) de Fdez.-Seara(10), atendiendo al Factor Ac:Autoestima/Autoconcepto (con los 5 subelementos descritos en los objetivos). La aplicación se realizó del 20/01/2007 al 15/03/2007.

RESULTADOS: Resalta —entre otros muchos- el dato de que el nivel medio de Autoestima / Autoconcepto Profesional (Ac) de nuestra muestra obtiene un percentil elevado (76,6) —algo más, incluso que en 1996 (72,6)-, aumentando —respecto a 1996- los niveles medios en Activación Motivacional, en Nivel de Expectativas y en Nivel de Ejecución, y bajando en Valor de los Incentivos y algo más en Satisfacción Laboral. Aunque no hay grandes diferencias por sexos, las mujeres superan a los hombres en Nivel de Ejecución y Satisfacción Laboral, mientras que los varones las superan a éstas en Valor de los Incentivos (en la anterior cata la única diferencia en cuanto al sexo era que los varones superaron a las mujeres en Nivel de Expectativas).

DISCUSIÓN: Frente al tópico, se constata que el nivel general de Autoestima/Autoconcepto Profesional de nuestros Profesionales de Enfermería, en ambos sexos, es moderadamente elevado (y en aumento respecto a 1996). Las diferencias por sexos, sin ser muy abundantes, sí son importantes en ciertos aspectos. En virtud de todo ello podemos afirmar —con las cautelas que exige la muestra- que un adecuado rendimiento laboral ha de ser lo normal, lo que se traduce clínicamente en una adecuada provisión de Cuidados y Promoción de la Salud. No obstante ello, estamos contrastando estos datos con los que vamos obteniendo en otros escenarios (Atención Primaria) y en otras Profesiones Sanitarias (Medicina y Fisioterapia)

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Bilbao M y García M: Relación entre autoconcepto y rendimiento académico. En M Marín y F Medina. Psicología del desarrollo y de la educación: La intervención psicoeducativa. Madrid: Eudema, 1996.
- (2) Rodríguez de Santidrián P: Prólogo, traducción y notas a las Confesiones de San Agustín (5ª reimp.). Madrid: Alianza, 2007.
- (3) Gala FJ; Lupiani M; González R et al: Comparación de la autoimagen profesional que presentan alumnos/as de Fisioterapia vs. alumnos/as de Enfermería. Fisioterapia XIX (3), 200-205, 1997.
- (4) Musitu G: Autoconcepto. Forma A. Madrid: TEA, 1992.
- (5) Coopermish S: The antecedents of self-esteem. En R Freeman. Personal causation: The internal affective determinants of behavior. Nueva York: Academic Press, 1976.
- (6) Gala FJ; Lupiani M y Guillén C: Las Actitudes y la Conducta Interpersonal. En C Jiménez. Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud I (pp 491-511). Córdoba: Publicaciones de la Universidad de Córdoba, 2007.
- (7) Lupiani M; Gala FJ; Sanabria A et al: Autoimagen y Autoestima Profesional en la Enfermería de A.P: Un estudio en un distrito de A.P. VII Congreso ASANEC. Cádiz, 2008 (Rev. Index en prensa).
- (8) King I: Enfermería como profesión. Filosofía, principios y objetivos. México: Limusa, 1984.
- (9) Lupiani M; Gala FJ; Paublete MC et al: ¿Poseen una adecuada autoestima profesional los/as profesionales de Enfermería?. Scientia III (2) 85-99, 1997.
- (10) Fernández-Seara JL: Escala de Motivaciones Psicosociales -MPS-. Madrid: TEA, 1987.

POSTER 80

AUTOR/ES:

Segovia Gil, M.I; Santos Monsalve, M.A; Martínez Alarcos, E; Martinez-Monzó, J; García-Segovia, P

TÍTULO:

Valoración inicial del estado nutricional en ancianos institucionalizados en una residencia de Albacete.

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción: La prevalencia de malnutrición proteico-energética en pacientes ingresados en residencias es, según estudios recientes, del 13.5% al 28.5% (1,2). La política institucional a favor de la alimentación y del ejercicio físico como parte integrante de las actividades sanitarias y de animación, debería desempeñar un papel determinante para prevenir la disminución de la ingesta y reducir la prevalencia de malnutrición proteico-energética en pacientes acogidos en estas instituciones.

Objetivo: Determinar el estado nutricional de ancianos institucionalizados en la residencia "San Vicente de Paul" de la ciudad de Albacete con el fin de establecer una rápida intervención nutricional cuando sea necesario.

Diseño: estudio observacional, descriptivo y transversal.

Sujetos de estudio: Ancianos institucionalizados en el centro (86 ancianos).

Metodología: Para conocer el estado nutricional de los residentes se utilizó el test validado MNA. (Mini Nutritional Assesment). Las respuestas de cada ítem del MNA proporcionan una puntuación que permite estratificar a cada persona en tres categorías: buen estado nutricional (≥ 24 puntos), situación de riesgo nutricional (entre 23.5 y 17 puntos) y malnutrición (≤ 17 puntos) (3-9). Por otra parte se realizó una evaluación de la ingesta mediante doble pesada (10).

Resultados: De los 86 ancianos institucionalizados en el centro, 61 son mujeres y 25 hombres. La edad media de las mujeres era de $70,8 \pm 11,1$ años y de $71,3 \pm 10,5$ para los hombres. El peso medio de las mujeres era de $73,6 \pm 14,5$ kg y de $73,5 \pm 16,0$ kg, con una altura media de $1,5 \pm 0,1$ m para las mujeres y $1,6 \pm 0,1$ m para los hombres. El IMC medio para las mujeres se situó en 33 y en 28,1 para los hombres. Los resultados del MNA mostraron un total de 12 hombres y 29 mujeres con riesgo de malnutrición. El 75% de las ancianas y el 40% de los ancianos institucionalizados son obesos. El aporte calórico de los menús ofertados en el centro para el desayuno, comida y cena suponen un aporte medio de 2100 ± 460 kilocalorías, superando las recomendaciones de energía para adultos en esta edad. El aporte proteico medio se encuentra en $66,4 \pm 18,1$ de proteína también por encima de las recomendaciones. En cuanto al perfil calórico el 47,5 % de las kilocalorías son aportadas por los hidratos de carbono, un 12,6% por proteínas y un 40,8 % por lípidos. El aporte de calcio es un 20 % por debajo de las recomendaciones. El aporte de agua es insuficiente no alcanzándose las recomendaciones de 8 vasos (mínimo 2 L/día).

Discusión: La valoración del estado nutricional en poblaciones de ancianos institucionalizados, contribuye al conocimiento del estado de salud de los mismos y facilita la toma de decisiones acerca de las situaciones de intervención nutricional. Por otra parte, la difusión de la información nutricional y que contribuyan a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades (riesgo cardiovascular, diabetes, obesidad, malnutrición...) es un tema ampliamente contemplado dentro de todas las políticas de salud tanto a nivel nacional como europeo. Este tipo de estudio ha permitido:

- al centro geriátrico, determinar el estado nutricional de sus residentes, sobre todo en lo que se refiere a malnutrición de forma que le permita realizar, en caso necesario, una intervención nutricional que ayude a mejorar y/o prevenir muchas de las enfermedades relacionadas con la malnutrición en ancianos.

- Contribuir además a la mejora en la calidad de vida de un grupo de población frágil.

- a nivel social, la disponibilidad de este tipo de estudios permite establecer las directrices políticas básicas para la mejora del estado de salud de poblaciones frágiles, de forma que se cumplan los parámetros de bienestar y calidad de vida, objetivos prioritarios en los programas de salud de las sociedades desarrolladas.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Elmsthal S, Steen B. Hospital nutrition in a geriatric long-term care medicine. *Age Ageing* 1987; 16: 73-80.
2. Larson J, Unosson M, Nilson L. Effect of dietary supplement on nutritional status and clinical outcome. *Clin Nutr* 1990; 1:179-184.
3. Vellas B, Guigoz Y. Nutritional assessment as part of the geriatric evaluation. In: Rubenstein LZ, Bernabei R, Wieland D, eds. *Geriatric assessment technology: state of the art*. Milano, Italy: Kurtiz Publishing Company, 1995:179
4. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts Res Gerontol* 1994;(suppl 2):15
5. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: the Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev* 1996;54:S59
6. Salva, A., Bolibar, I., Muñoz, M., Sacristán, V. Un nuevo instrumento para la
7. Vellas B, Guigoz Y. Nutritional assessment as part of the geriatric evaluation. In: Rubenstein LZ, Bernabei R, Wieland D, eds. *Geriatric assessment technology: state of the art*. Milano, Italy: Kurtiz Publishing Company, 1995:179
8. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts Res Gerontol* 1994;(suppl 2):15
5. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: the Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev* 1996;54:S59
9. Salva, A., Bolibar, I., Muñoz, M., Sacristán, V. Un nuevo instrumento para la valoración nutricional en geriatría: el "Mini Nutritional Assesment" (MNA). *Rev. Gerontol* 1996; 6: 319-328
10. Aranceta, J., Gómez, C. Diario o registro dietético. Métodos de doble pesada. En: *Nutrición y Salud Pública*. 2ª Ed. Ed: Lluís Serra y Javier Aranceta. 2006. Masson, Barcelona, España.

POSTER 82 (Rincón del alumno / Student's corner)

AUTOR/ES:

Romero Sánchez JM, Coello Barrajon V, Baglietto Ramos MO, Molanes Pérez P, César Muriel J.

TÍTULO:

COMPETENCIAS TRANSVERSALES DEL ESPACIO EUROPEO DE EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL TÍTULO DE DIPLOMADO EN ENFERMERÍA POR LA UNIVERSIDAD DE CÁDIZ

TEXTO DEL TRABAJO:

INTRODUCCIÓN

Como sabemos, estamos inmersos en un proceso de cambio en la Universidad propiciado por lo que ha venido a denominarse Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). Esto supone una transformación, no sólo en las titulaciones y su estructura, sino también en la forma de enseñar y aprender. Es por ello que los roles de los elementos implicados en el proceso enseñanza-aprendizaje se modifican en gran medida: los alumnos, que nos hacemos más responsables de nuestro aprendizaje, los profesores, que nos deben enseñar a aprender, y los programas docentes, que se basan en las competencias que los estudiantes debemos adquirir. Estas competencias, a su vez, se dividen en específicas, las propias de cada titulación, y transversales, que son las exigibles a cualquier universitario independientemente de los estudios que realice. Éstas últimas, a su vez el proyecto Tuning las divide en: Instrumentales (habilidades cognoscitivas, capacidades metodológicas y destrezas tecnológicas y lingüísticas), Interpersonales y Sistémicas.

OBJETIVOS.

- Conocer el grado de adaptación del curriculum actual del Título de Diplomado en Enfermería de la Universidad de Cádiz (UCA) a las directrices del EEES en cuanto a competencias transversales se refiere.
- Analizar las competencias genéricas propuestas en el proyecto Tuning y el Libro Blanco de Enfermería para comprobar si están incluidas en los programas de las asignaturas del Título de Diplomado en Enfermería de la Universidad de Cádiz.
- Determinar si dichas competencias son motivo de evaluación en las asignaturas que las contemplan.

MÉTODOS.

Estudio transversal cuantitativo descriptivo que toma como población y muestra las asignaturas de la Diplomatura en Enfermería de la Universidad de Cádiz, usando como fuente de datos los programas docentes de dichas asignaturas, para analizar en ellos la presencia y evaluación de las competencias transversales del Espacio Europeo de Educación Superior que se recogen en el Libro Blanco de Enfermería y el Proyecto Tuning.

RESULTADOS.

Las Competencias vienen recogidas en un 56,52 % de las asignaturas. De ellas, el 53,85% las contemplan en la evaluación del alumno en su mayoría. En el total de asignaturas, las competencias instrumentales son las más evaluadas (84%), seguidas de las interpersonales (37,7%) y las sistémicas (35,8%). Hay carencias en la evaluación de determinadas competencias.

DISCUSIÓN.

La mayor parte de las competencias transversales del EEES están reflejadas y evaluadas en la mayoría de las asignaturas del Título de Diplomado en Enfermería por la UCA, en especial las instrumentales. Esto último creemos se debe a que son las menos subjetivas y fáciles de evaluar.

Detectamos un insuficiente desarrollo y evaluación de las competencias relacionadas con la iniciativa y creatividad del alumno, la movilidad y el trabajo en un contexto internacional, y las habilidades de investigación.

Proponemos actividades conjuntas y coordinadas entre asignaturas para cubrir las competencias deficientes, y seguir en el camino de que el mayor peso en la evaluación lo tenga el trabajo continuo que realizamos los alumnos a lo largo de las asignaturas, potenciando las actividades que fomenten nuestro autoaprendizaje, la creatividad y la capacidad crítica. Es necesario así mismo un cambio en nuestra mentalidad para trabajar las asignaturas mientras se desarrollan las mismas para mejorar nuestro aprendizaje y la adquisición de competencias.

BIBLIOGRAFÍA:

González J, Wagenaar R, editors. Tuning Educational Structures in Europe Informe final fase uno. Bilbao: Universidad de Deusto; 2003.

Agencia Nacional de Acreditación de la Calidad. Libro Blanco del Título de Grado en Enfermería. Madrid: ANECA; 2005.

Maciá Soler L et al. Espacio Europeo de Edicación Superior. Situación actual. Marco Legislativo. Análisis de la situación actual. Enfermería Global [serial on the Internet]. 2006 Nov [cited 2008 Aug 30];8:[about 11 p.]. Available from: <http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/article/viewFile/327/307>

Pérez-Rico C, Montes-Mollón MA. El nuevo rol del profesor y del alumno en el Espacio Europeo de Educación Superior. Arch Soc Esp Oftalmol. 2007; 82: 265-266.

Maciá Soler L, Moncho Vasallo J. Enfermería y Espacio Europeo de Edicación Superior. Análisis de la situación actual. Enfermería Global [serial on the Internet]. 2003 May [cited 2008 Aug 30];(2):[about 4 p.]. Available from: <http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/article/viewFile/666/698>.

Yániz Álvarez de Eulate C. Planificar la enseñanza universitaria para el desarrollo de competencias. Educatio siglo XXI. 2006; 24:17-34.

POSTER 83 (Rincón del alumno / Student's corner)

AUTOR/ES: *Barberá Ortega, MC.;*Diez .E; **López Montesinos, MJ; ***Campos Aranda, M.
*Alumnas Internas Dpto. Enfermería Universidad de Murcia.
**Prof. Dpto. Enfermería. Universidad de Murcia.
***Prof. Dpto. Bioestadística. Universidad de Murcia

TÍTULO:

"Incidencia del proceso organizacional de un curso de formación sobre "donación-trasplante de órganos", a los alumnos de 3º curso de

TEXTO DEL TRABAJO:

El presente trabajo es el resultado de un estudio que analiza la opinión y conocimientos de una muestra de estudiantes de 3º curso de la Diplomatura de Enfermería de la UMU, sobre Donación – Trasplante de órganos y tejidos, recogida durante dos años consecutivos (2006 y 2007), tras realizar un curso de formación de Promoción Educativa sobre el tema, y la valoración que los asistentes al citado curso hacen sobre las condiciones en las que se ha desarrollado, como factores de influencia que pueden incidir en su interés, aceptación, rechazo o indiferencia a los contenidos.

Objetivos específicos:

*Conocer el conocimiento adquirido de la muestra objeto de estudio sobre donación-trasplante, y su aceptación, negativa o indiferencia al proceso, tras recibir un curso de formación, sobre el tema.

*Identificar los factores que han influido en el alumno de forma positiva o negativa en el desarrollo del curso, en relación a las condiciones en que se ha desarrollado (organización del curso, contenidos impartidos, recursos metodológicos y actitud y capacidad docente).

* Efectuar un análisis comparativo de los resultados obtenidos entre dos años consecutivos en los que se ha impartido el curso de formación sobre donación-trasplante de órganos y tejidos.

Fases del estudio: 1ª fase en el mes de noviembre del curso académico 2006/07, y 2ª fase en el mes de noviembre del curso académico 2007/08.

Instrumentalización: Estudio descriptivo, incidental, cualitativo, retrospectivo, mediante el pase de encuestas de opinión a los alumnos de 3º curso de la Diplomatura de Enfermería de la U.M.U., sobre el proceso donación-trasplante de órganos.

Palabras clave: Donación de órganos, trasplante, enfermería, formación

Introducción

Existen problemas que se nos presentan en nuestra sociedad que requieren de nosotros el que los abordemos desde su origen. Es el caso de la Educación para la Salud a la población sobre aquellos temas de gran repercusión y valor social (Colon AJ., 1987) como son la inmigración, envejecimiento de la población, desarrollo y pobreza, violencia de género, o el tema que nos ocupa: proceso de donación-trasplante de órganos y tejidos. Temáticas estas que hoy no se abordan en las aulas de pregrado, al menos de forma obligatoria.

El presente trabajo es el resultado de un estudio que pretende poner de manifiesto la opinión de un sector de la población universitaria, una muestra de los estudiantes de 3º curso de enfermería de la Universidad de Murcia, sobre su aceptación, rechazo o indiferencia ante el proceso de donación-trasplante de órganos, tras recibir los contenidos de un curso de formación en pregrado sobre el tema. Curso que se viene impartiendo desde hace ocho años consecutivos por el Departamento de Enfermería de la Universidad de Murcia en colaboración con la Organización Nacional de Trasplantes y la Coordinadora Regional de Trasplantes

Hemos querido abundar en nuestro intento de obtener la información de los universitarios sobre la donación-trasplante de órganos, para hacerles pensar y opinar sobre ello y recopilar datos al respecto.

El Real Decreto 2070/1999 de 30 de diciembre insta a promover los principios de altruismo, solidaridad, gratuidad, información, formación, consentimiento informado de los donantes vivos, comprobación de la no oposición de los fallecidos y finalidad terapéutica, previsto ya en la Ley 30/1979 sobre extracción y trasplante de órganos, anteriormente citada, y el respeto al secreto y confidencialidad, expuesto en la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, y sobre Protección de Datos de Carácter Personal, tal y como reza la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de

BIBLIOGRAFÍA:

- Colon AJ. La educación como sistema. Barcelona: Castillejo; 1987
Constitución Española, art.43; 1978
- Domínguez Roldan JM. Y col. El diagnóstico de muerte cerebral. Rev. Medicina Intensiva 1993; 17: 327-334
- Hoebel EA.;Weaver T, Antropología y experiencia humana. Barcelona:Omega, 1985
- Jociles Rubio I. Las Técnicas de investigación en Antropología. Mirada Antropológica y Proceso Etnográfico. Gaceta de Antropología; 1999; 15: texto 15-01.
- Ley General de Sanidad 14/86; art. 6ª. Madrid, 1986
- López Molina C. Y col. Estudio y análisis de negativas familiares a la donación en fallecidos por muerte cerebral en el Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia, durante los años 1998, 1999 y 2000; En: libro Comunicaciones y Ponencias de la XVII Reunión Nacional de Coordinadores de Trasplantes. Coordinación Regional de trasplantes. Murcia 2002.
- López Montesinos, M.J. y col. "Formación e información a los alumnos de la universidad de Murcia sobre el proceso Donación – Trasplante de órganos y tejidos". Rev. Electrónica "Enfermería Global". ISSN 1695-6141. Nº 1, Sección Formación – Docencia. Nov. 2002, Universidad de Murcia
- Matesanz R. La Organización Nacional de Trasplantes. Rev. Nefrología 1991; 11 (supl.1): 13-22
- Memoria 1992. Organización Nacional de Trasplantes. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993.

POSTER 84 (Rincón del alumno / Student's corner)

AUTOR/ES:

Carolina Torrejón García

TÍTULO:

Importancia de impartir formación de soporte vital a futuros profesionales sanitarios

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción. La parada cardiorrespiratoria (PCR) es una situación de emergencia vital en la que es importante que las personas que llegan en primer lugar a socorrer a la víctima estén capacitadas para actuar con rapidez y eficacia, lo que depende de la correcta ejecución de los 4 eslabones de la cadena de supervivencia: activación del Servicio de Emergencias (SEM), Soporte Vital Básico (SVB), desfibrilación precoz y Soporte Vital Avanzado (SVA). El marco de este trabajo es la docencia de las maniobras de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) básica, el inicio del 2º eslabón de la cadena de supervivencia. El objetivo principal del estudio ha sido analizar la utilidad de impartir formación de SVB a estudiantes de Enfermería y Fisioterapia para que adquieran un nivel óptimo de conocimientos en la materia, de forma que puedan aplicarlos con más seguridad y confianza a la hora de enfrentarse a una situación de emergencia.

Metodología. Se ha realizado un estudio cuantitativo descriptivo observacional sobre una muestra de 101 alumnos Enfermería y Fisioterapia. El cuestionario recogía variables sociodemográficas: titulación, curso, género, edad, formación en SV y si participación en alguna reanimación (variables independientes). La variable dependiente escogida es el ítem relacionado con la capacidad de reacción ante una situación de emergencia. Los talleres se impartieron en varios días y en grupos de 15-20 alumnos, alternando teoría y práctica, con una duración total de 5 horas. Para la teoría, se proporcionó documentación escrita; para la práctica, se contó con 3 maniqués de simulación de RCP de adulto y 4 pediátricos, poniendo todos los alumnos en práctica las maniobras de RCP básica. El análisis estadístico se realizó con Excel en su versión para Windows XP.

Resultados. El 54,5% de los alumnos eran de Enfermería y el 45,5% de Fisioterapia; el 74% eran mujeres y el 26% hombres; el 29,7% había realizado ya un curso de SV. Respecto a si se sienten capaces de reaccionar ante una emergencia, el 14,9% se sentía muy capaz (valor 6, escala 1-6), el 30,7% valor 5, el 34,7% valor 4, el 13,9% valor 3 y el 5,9% valor 2; cabe destacar que nadie dijo sentirse poco capaz. De los que afirmaron sentirse muy capaces, el 66,7% eran de enfermería y el 33,3% de fisioterapia; el 53% eran mujeres y el 47% hombres; un 73,2% tenían una edad igual o inferior a 25 años; y el 47% de ellos habían realizado un curso previo de SV.

Discusión. Con una actuación precoz, rápida y adecuada por parte de personal entrenado, podría evitarse la muerte en el 50% de los casos de PCR (1), de ahí la necesidad de impartir formación de SV. En el ámbito hospitalario, el personal de Enfermería es el que primero llega a una PCR (2), por lo que debe sentirse seguro para iniciar el primer y segundo eslabón de la cadena de supervivencia. Desde 1991 la American Heart Association (AHA) alerta sobre la importancia de conocer el SVB, tanto por los profesionales de la salud como por la población en general, puesto que son los primeros intervinientes y quienes inician la cadena de supervivencia (3). Se quiere comprobar si tras un curso en SVB el estudiante se siente capacitado para iniciar las maniobras adecuadas para resolver con éxito una PCR. Tras los talleres, un 15% afirma sentirse muy capaz de reaccionar ante situación de emergencia, pero el 80% de los alumnos puntúa su capacidad de 4 a 6, es decir, la mayoría se sienten bastante seguros, de lo que se deduce que impartir estos talleres a los alumnos ha sido de gran utilidad. Respecto a la titulación, resulta significativo decir que el 66,4% que se sienten muy capaces corresponden a Enfermería, concluyendo que los alumnos de Enfermería se sienten más preparados que los de Fisioterapia para actuar con seguridad en emergencias. Estos resultados no son generalizables ya que la muestra es de alumnos de la misma escuela. Serían aconsejables estudios en otras escuelas y universidades.

Implicación para la práctica clínica. Dado que los profesionales sanitarios tienen mayor probabilidad de enfrentarse a estas situaciones de emergencia, que requieren una acción inmediata, deben estar seguros a la hora de poner en marcha el primer y segundo eslabón de la cadena de supervivencia.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) American Heart Association. AVB para el equipo de salud. Argentina, 2002
- (2) Nyman, J. Sihvonen, M. Cardiopulmonary resuscitation skills in nurses and nursing students. Resuscitation, 2000; 47: 179-184
- (3) Cooper J.M. New Strategies for Cardiopulmonary Resuscitation. Current Treatment Options in Cardiovascular Medicine. 2008,10: 49-58.

Palabras clave. Reanimación cardiopulmonar (RCP), soporte vital básico (SVB), emergencia, educación, formación, parada cardiorrespiratoria (PCR).

POSTER 89 (Rincón del residente / Intern's corner)

AUTOR/ES:

MARÍA REMEDIOS MÁRQUEZ SÁNCHEZ

TÍTULO:

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO GRUPAL PARA EL TRASTORNO BIPOLAR EN EL CSM: VARIACIONES EN LA CVRS

TEXTO DEL TRABAJO:

1. ANTECEDENTES:

El Trastorno Bipolar es una enfermedad mental grave cuyo impacto es significativo en las áreas de funcionamiento y bienestar del individuo, provocando un deterioro marcado en la calidad de vida. Está considerado como la sexta causa de discapacidad mundial. Dado que el factor interpersonal es el más deteriorado, se ha ido imponiendo el abordaje psicoeducativo grupal, que ha constatado su eficacia en la reducción del número de hospitalizaciones y en la prevención de recaídas. Sin embargo, no se han estudiado con énfasis sus efectos sobre otras medidas de resultado, como la calidad de vida y la satisfacción con el abordaje terapéutico. La calidad de vida y su relación con la enfermedad mental constituyen un tema de gran relevancia para la organización de la asistencia sociosanitaria de la Salud Mental, incorporándose la medida de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) como una de las mayores innovaciones en las evaluaciones de las intervenciones.

2. HIPÓTESIS:

La implementación de un Programa Psicoeducativo Grupal dirigido a pacientes con trastorno bipolar, aumentará la calidad de vida relacionada con la salud tras la aplicación de la intervención.

3. OBJETIVO:

- General: Evaluar la eficacia de un programa psicoeducativo grupal para el trastorno bipolar en el Centro de Salud Mental (CSM) sobre la calidad de vida relacionada con la salud.
- Específicos: Identificar el nivel de funcionamiento físico, psicológico, social y el grado de bienestar de los pacientes, analizar las variables sociodemográficas y clínicas relacionadas con la calidad de vida en el trastorno bipolar, identificar el nivel de calidad asistencial percibido durante la aplicación del programa y dotar a los pacientes de los recursos necesarios para el manejo de la enfermedad.

4. MÉTODO:

- Ámbito de estudio: Unidad de Adultos del Centro de Salud Mental de Cartagena (Murcia).
- Diseño: Ensayo clínico aleatorio simple ciego. El grupo experimental recibirá psicoeducación grupal y el grupo control realizará sesiones grupales no estructuradas. Duración: 18 meses.
- Sujetos: Población diana: 271 personas. Muestra: El cálculo se realizará estableciéndose un riesgo alfa del 0.05 con una potencia del 0.80 para detectar una diferencia mínima entre los dos grupos de 4 puntos en la CVRS y asumiendo un 25% de pérdidas.
- Variables: Intervención: Programa Psicoeducativo Grupal y reuniones grupales no estructuradas sin psicoeducación (ambas intervenciones constarán de 12 sesiones semanales de 90 minutos). Resultado: CVRS y calidad asistencial percibida. Explicativas: clínicas y sociodemográficas.
- Instrumentos de medida: Cuestionario de Salud SF-36 v2 estándar, instrumento genérico que evalúa el nivel de CVRS, que valorará la CVRS antes de la intervención, después (al mes) y tras seguimiento (a los seis meses), Cuestionario de Satisfacción del Paciente, mide el nivel de calidad asistencial percibido durante el programa psicoeducativo, autodiseñado atendiendo al modelo SERVPERF, y Valoración de Enfermería, aplicada pre y postintervención, indicará en qué medida los pacientes han adquirido las competencias para un mejor manejo de la enfermedad y tratamiento.
- Análisis estadístico: Se realizará un análisis de regresión lineal para la CVRS y otro para la calidad asistencial percibida ajustado a las principales variables sociodemográficas y clínicas. Para determinar la medida del efecto se calculará la diferencia de medias de ambos grupos.

5. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA:

Si se confirmara la hipótesis, los servicios de salud mental deberían considerar la implantación de la psicoeducación grupal como tratamiento psicoterapéutico complementario en los CSM, ya que cumplen la función de ofrecer los cuidados más fácilmente accesibles. Es un tratamiento de bajo coste por ser limitado en el tiempo e impartirse en grupo. Por otra parte, se pondrían de manifiesto las variables clínicas y sociodemográficas predictivas de la calidad de vida en el trastorno bipolar.

BIBLIOGRAFÍA:

- Bauer MS, McBride L, Williford WO, Glick H, Kinosian B, Altshuler L, et al. Collaborative care for bipolar disorder: Part II. Impact on clinical outcome, function, and costs. *Psychiatr Serv.* 2006; 57(7): 937-945.
- Colom F, Vieta E, Reinares M, Martínez-Arán A, Torrent C, Goikolea JM, et al. Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: beyond compliance enhancement. *J Clin Psychiatry.* 2003; 64(9): 1011-1015.
- Doğan S, Sabanciogullari S. The effects of patient education in lithium therapy on quality of life and compliance. *Arch Psychiatr Nurs.* 2003; 17(6): 270-275.
- Katschnig H, Freeman H, Sartorius N. *Calidad de vida en los trastornos mentales.* Barcelona: Masson; 2000.
- Michalak EE, Yatham LN, Lam RW. Quality of life in bipolar disorder: a review of the literature. *Health Qual Life Outcomes.* 2005; 15(3): 72.
- Michalak EE, Yatham LN, Wan DD, Lam RW. Perceived Quality of Life in patients with Bipolar Disorder. Does group psychoeducation have an impact?. *Can J Psychiatry.* 2005; 50(2): 95-100.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
- Morriss RK, Faizal MA, Jones AP, Williamson PR, Bolton C, McCarthy JP. Intervenciones para ayudar a las personas en el reconocimiento de signos iniciales de recurrencia del trastorno bipolar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4.*
- Organización Mundial de la Salud. *Atlas: Nurses in Mental Health 2007.* Ginebra: OMS; 2007.
- Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Cienc enferm.* 2003; 9(2): 9-21.
- Scott J, Colom F. Psychosocial treatments for bipolar disorders. *Psychiatr Clin N Am.* 2005; 28(2): 371-384.

POSTER 90

AUTHOR/S:

Lee-Chun Tang, Chung-Hung Tsai , Chang-Shu Tsai
Department of Nursing, Tzu Chi College of Technology, Hualien, Taiwan
ltang@tccn.edu.tw

TITLE:

Implicit factors on Promoting Elements of Intrinsic Motivation for Problem-Based Learning for college students in Taiwan

TEXT:

Objectives: Problem-Based Learning (PBL) has been pointed out to help students increase active learning motivation, actively engage in meaningful learning, and cultivate higher order thinking capabilities and problem-solving process. Students in PBL are empowered to determine their learning issues through group discussion, debates, and challenge. However, most of researches focus on effectiveness and learning outcome of PBL. Less researches have explored the promotion of learning environment. The aim of this study was to explore implicit factors on promoting elements of intrinsic motivation in Problem-Based Learning in Taiwan.

Methods: A convenience sample of participants recruited from two schools in Eastern Taiwan who had one to two years of PBL tutorial experience. A descriptive study design was used. A total of 100 questionnaires was distributed, with 83 questionnaires returned, giving a response rate of 83%.

Results: Factor analysis result indicated 6 implicit factors: intrinsic motivation, empowerment, community, supportive and caring attitude of tutor, ownership, and relevance of PBL questions. Supportive and caring attitude of tutor ($p < 0.001$) particularly extracted from Community is an essential one that influences intrinsic learning motivation. The results from linear regression analysis revealed that empowerment ($p < 0.001$) and ownership ($p < 0.05$) had significant positive impact on promoting intrinsic learning motivation in PBL.

Discussions: The factors of empowerment and ownership had significant positive influence on promoting intrinsic learning motivation in PBL. One of the possible reasons was traditional teaching methodology with little consideration of holistic approaches and lack of interaction between tutors and students. The results can provide PBL tutors to be better understanding the importance of promoting intrinsic learning motivation in PBL. The quality of relationship between tutors and students played crucial role in elevating learning motivation.

POSTER 97

AUTHOR/S:

Professor Ray Jones

TITLE:

Is there a role for touch-screen health kiosks in 2008?

TEXT:

BACKGROUND: Touch-screen kiosks have been used for health promotion, consumer health information, computer- patient interviews, and for patient administration, in various projects with different degrees of success. Motivation in some projects had been to address the 'digital divide'. The NHS Direct had had an unsuccessful kiosk project and some argued that increasing access to the Internet made kiosks obsolete. A study was commissioned to review the evidence to inform strategy on whether kiosks had a role in 2008.

OBJECTIVES: To review the previous, current, and potential uses of touch screen 'kiosks' directly by patients so as to inform NHS strategy.

METHODS: Literature review (Medline and Web of Knowledge using combinations of keywords such as touch screen, computer interview, kiosk, computer-based education as well as citation searching and access to grey and literature via stakeholders) identified 229 publications. Stakeholders were identified from personal knowledge, from the literature, and by 'snowballing'. Over 220 emails were sent to 104 people in addition to telephone and face-face enquiries. Discussion of preliminary results with stakeholders via an online interactive webinar attended by 65 people internationally.

FINDINGS: Kiosks have been used for: (1) Opportunistic 'information push' (health promotion or consumer health information) in community sites such as shopping centres, leisure centres etc. Early kiosks (1989 onwards) were mainly used for provision of general health information in public settings. A well sited kiosk [1,2] would typically be used 60-70 times a day and there is evidence of use by non-Internet users. Most opportunistic kiosks have had a range of information but some have been single topic (eg breast screening [3]) (2) Patient education on a single topic for referred or invited use [4], (3) Computer-patient interviews before seeing a clinician [5], (4) Consumer feedback on services [6], (5) registration and patient administration [7,8], (6) Access to their clinical records [9-10]. Well designed interfaces have been used by people of all ages, ethnic and economic backgrounds but kiosk usage time is short, if used standing. 'Booths' allowing seated will be used for longer periods but space was a major problem in some health settings [11]. Many projects have been successful but few converted to routine service. If not integrated with local procedures or if the buying organisation does not have a clear objective, some kiosks have not been well maintained. The most recent and now widespread use of clinics has been for patient administration [7,8].

DISCUSSION: Many kiosk projects in the past have shown benefit for patients yet failed to be used routinely. However, the rapidly spreading routine use of touch-screen kiosks in patient administration is likely to accustom patients and professionals in their use within the clinical process. This is likely to provide the 'tipping point' at which direct computer-patient interaction becomes a routine part of the clinical consultation. In the USA computer-patient interviews are now a routine part of many clinical services. In the UK a computer-consultation including history taking, patient education, health promotion and empowering patients to make choices could become a part of the clinical process. The implication for nurses is that they need to be involved in developing computer-based clinical processes to ensure that no patients are disadvantaged and that clinical services maintain or improve their 'humanity'. Kiosks also have a role in opportunistic health promotion but they are unlikely to play much part in addressing the 'digital divide'.

BIBLIOGRAPHY:

1. Jones RB, McLachlan K. HEALTHPOINT: a public access health information system. In: Richards B, editor. Current Perspectives in Health Computing. Weybridge, Surrey,: BJHC Books, 1990:65-69.
2. Jones RB, Edgerton E, Baxter I, Naven LM, Ritchie J, Bell G, et al. Where Should a Public-Access Health Information-System Be Sited. *Interacting with Computers* 1993;5:413-421.
3. Kreuter MW, Black WJ, Friend L, Booker AC, Klump P, Bobra S, et al. Use of computer kiosks for breast cancer education in five community settings. *Health Education & Behavior* 2006;33:625-642.
4. Metlay JP, Camargo CA, MacKenzie T, McCulloch C, Maselli J, Levin SK, et al. Cluster-randomized trial to improve antibiotic use for adults with acute respiratory infections treated in emergency departments. *Annals of Emergency Medicine* 2007;50:221-230.
5. Bachman JW. The patient-computer interview: A neglected tool that can aid the clinician. *Mayo Clinic Proceedings* 2003;78:67-78.
6. Picker Institute Europe, Technology. CR. Continuous Patient Feedback - Pilot Survey. Heatherwood and Wexham Park Hospitals NHS Foundation Trust, 2007.
7. Egton. Patients help to reduce check-in queues using automated arrivals. Hunslet Leeds: Egton, 2008. www.egton.net/arrivals/ Accessed 8th August 2008.
8. Ellis S, Waring N. Piloting eReception in an acute setting, presentation at Healthcare Computing April 2008, Harrogate. (Available from author).
9. Jones R, McGhee SM, McGhee D. Patient on-line access to medical records in general practice. *Health Bulletin* 1992;50:143-150.
10. Jones R, Pearson J, McGregor S, Cawsey AJ, Barrett A, Craig N, et al. Randomised trial of personalised computer based information for cancer patients. *British Medical Journal* 1999;319:1241-1247.
11. Metlay JP, Camargo CA, MacKenzie T, McCulloch C, Maselli J, Levin SK, et al. Cluster-randomized trial to improve antibiotic use for adults with acute respiratory infections treated in emergency departments. *Annals of Emergency Medicine* 2007;50:221-230.

POSTER 98

AUTHOR/S:

Fram DS, Barbosa DA, Freitas MC, Silbert S, Pignatari AC, Belasco A, Camargo LF, Sesso R and Pacheco A

TITLE:

Vancomycin- Resistant Enterococcus colonization and cross transmission among patients on dialysis and kidney transplant.

TEXT:

Background: Colonization among long-term dialysis and kidney transplant patients by vancomycin-resistant Enterococcus (VRE) and risk factors has been reported. This study aims to evaluate the cross transmission among two patients groups, the undergoing long-term dialysis therapy and other kidney transplantation by molecular typing, furthermore discourse about the risk factors for VRE colonization among patients both groups.

Methods: There were included 263 patients in the hemodialysis program, 57 patients in the peritoneal dialysis program and 280 kidney transplantation. Enterococci were isolated from samples of feces collected from each patient once a week during a 1-month period and susceptibility tested for vancomycin resistance. VRE isolates were submitted to molecular typing through automated ribotyping.

Results: Among 320 patients on dialysis included in the study, the prevalence of VRE was 14.4% (n=46), and 13.6% (n=38) among kidney transplant patients. Enterococcus casseliflavus, Enterococcus gallinarum and Enterococcus faecium vancomycin resistants with same ribogroup were isolated in both groups of patients. Enterococcus faecalis vancomycin resistant presented distinct ribogroups.

Conclusion: Considering that these patients were in the same heathcare setting the identification of VRE with the same ribogroup, particularly for E. faecium suggest cross transmission in this healthcare service. Application of infection control measures to avoid this bacteria dissemination are warranted.

BIBLIOGRAPHY:

- 1- Barbosa D, Lima L, Silbert S, Sader H, Cendoroglo M, Draibe S et al. Evaluation of the prevalence and risk factors for colonization by vancomycin- resistant Enterococcus among patients on Dialysis. *Am J Kidney Dis.* 2004; 44:337-343.
- 2- Freitas MCS, Silva AP, Barbosa D, Silbert S, Sader H, Sesso R, Camargo LFA. Prevalence of vancomycin- resistant Enterococcus fecal colonization among kidney transplant patients. *BCM Infectious Diseases.* 2006; 6:133.
- 3- Facklam R, Sham DA, Teixeira LM. Enterococcus. *Manual of Clinical of Microbiology* 7th ed. American Society of Microbiology. Washington;1999.
- 4- Clinical and Laboratory Standards Institute: Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing- Eighteenth edition Supplement: M100- S18; 2008.
- 5- Lyhs U, Björkroth JK. *Lactobacillus sakei/curvatus* is the prevailing lactic acid bacterium group in spoiled maatjes herring. *Food Microbiology* 2008; 25:529-533.
- 7- de Bruin MA, Riley LW: Does vancomycin prescribing intervention affect vancomycin-resistant enterococcus infection and colonization in hospitals? A systematic review. *BMC Infect Dis* 2007; 10:7-24.
- 8- McNeil SA, Malani PN, Chenoweth CE, Fontana RJ, Magee JC, Punch JD et al. Vancomycin-resistant enterococcal colonization and infection in liver transplant candidates and recipients: A prospective surveillance study. *Clin Infect Dis* 2006; 42:195-203.
- 9- Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee: Management of Multidrug- Resistant Organisms in Healthcare Setting. USA; 2006.
- 10- Chang S, Sievert DM, Hageman JC, Boulton ML, Tenover FC, Downes FP et al. Brief report: Infection with vancomycin-resistant *Staphylococcus aureus* containing the vanA resistance gene. *N Engl J Med* 2003; 348:1324-1347.

POSTER 101

AUTOR/ES:

Catarino, Helena

TÍTULO:

The practices and behaviours of nurses in child abuse

TEXTO DEL TRABAJO:

Background: The recognition of children's rights and their promotion has brought a new challenge to society in what concerns the intervention in the domain of child abuse.

This study refers to child abuse, specifically the practices and behaviours of nurses in the detection and prevention of child abuse and in the promotion of child welfare and safety.

Objectives: We want to get to know nurses' practices and behaviours in the detection and prevention of child abuse, their actions in the detection and prevention of infantile maltreatment and in the promotion of child welfare and child safety. We would also like to know their suggestions concerning the institution's role towards the child abuse and their educational needs.

Method: This is a quantitative, non-experimental, correlational study, to be developed in a target population constituted by 60 nurses who exercise functions in Health Centers in Leiria and Marinha Grande, through the application of a questionnaire, using a sampling of convenience.

The questionnaire included a tetrafactorial scale about nurses' practices and behaviours towards the child abuse, the "EPCEMI", constructed and validated specifically for the study.

The accurate study of the scale showed that the correlations obtained were positive, very high ($>0,30$) and significant ($p<0,05$). It had a good internal consistency, the values of Cronbach Alpha fluctuated between 0,047 and 0,950, lower than the value of total Cronbach Alpha (0,951). The tetrafactorial structure (Promotion of the welfare and child safety, Tertiary prevention, Early intervention on the children and families at risk and Intervention on the child abuse), on the whole, explained 67,086% of the results variance.

Findings and Discussion: In relation to the nurses' practices and behaviours toward child abuse, on average, nurses didn't have good practices and behaviours in relation to infantile maltreatment ($X_{min}=1,36$; $X_{max}=4,52$; $M=2,42$; $Md=2,31$; $SD=0,61$).

A detailed analysis of the results of the four factors scale showed that, on average, the sub-scale Early Intervention on the children and families at risk had the highest values and therefore it contributed to nurses' good practices and behaviours toward child abuse.

The Promotion of the welfare and safety of the child was the factor that showed the lowest values, so that the interventions at nonspecific primary prevention should give a small contribution to nurses' good practices and behaviours toward child abuse.

The age ($r=0,258$; $p\leq 0,05$) and self-perception of nurses' level of knowledge ($r=-0,276$; $p\leq 0,05$) were predictive factors for nurses' good practices and behaviours toward child abuse. Factors like the duration of professional training in the function or in the Health Center, the academic degree, a post-graduate course or a specialization, the contact with children victim of abuse, having visited risky families at home, the intervention in health education at risk families and the interest in training in child abuse, none of them showed to be predictive factors to imply nurses' best practices and behaviour in relation to child abuse.

The results also showed that the majority of the participants didn't have training in child abuse ($N=38$; 63,33%) and for those who really had it, it occurred in the context of initial training. They perceived their knowledge in this area, as being between little and some knowledge and they showed to be quite interested in doing training. They preferred areas related to the diagnosis of child abuse, the legal framework for protection of childhood and programs of family intervention.

Conclusion: The results showed the importance of taking some strategies in order to improve nurses' practices and behaviours in this area.

BIBLIOGRAFÍA:

- Berman H, Hardesty J, Humphreys J. Children of abuse women. In: Humphreys J, Campbell JC. Family violence and nursing practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. p.150-85.
- Canha J. A criança vítima de violência. In: Machado C, Gonçalves RA (coord). Violência e vítimas de crimes. 2ª ed. Coimbra: Quarteto Editora; 2003. p. 13-36.
- Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens em Risco. Síntese do relatório anual de avaliação da actividade das CPCJ, 2005. Lisboa: CNPCJR; 2007.
- Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García García E, Ruiz Díaz MA, Esteban Gómez J, directores. Atención de enfermería al maltrato infantil. Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la Familia; 2001.
- Gary FA, Humphreys J. Nursing care of abused children. . In: Humphreys J, Campbell JC. Family violence and nursing practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. p 252-87.
- Magalhães T. Maus tratos em crianças e jovens: guia prático para profissionais. 4ª ed. Coimbra: Quarteto; 2005.
- Marcon SS, Tiradentes LK, Kato ES. Conhecimento, atitudes e crenças de profissionais de saúde de Maringá frente a violência familiar contra a criança e adolescente. Família, Saúde e Desenvolv. 2001; 13(1). p. 35-47.
- Rodríguez Lafuente ME, Gutiérrez Cordoví JM, Alonso García ME; Fernández Rielo G, Caballero Rodríguez Y, Nuñez García S. Maltrato infantil. Vivencias en adolescentes. Interpsiquis, 2006. [cited 2007 Feb 05]. Available from: <http://www.psiquiatria.com>
- Unicef. Estudo sobre maus tratos em crianças. Primeira análise comparativa dos maus tratos infantis nos países ricos. Report Cards. Florencia: Centro de Investigação Innocenti da UNICEF, 2003. [cited 2007 Jul 17]. Available from: <http://www.unicef.icdc.org/presscentre/indexNewsroom.html>
- World Health Organization; International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: WHO Press; 20006 [cited 2007 Jul 13]. Available from: <http://www.wh>

POSTER 102

AUTHOR/S:

Ideh,Dadgaran(PhDstudent)-Tayebeh,Mirzaie(PhDstudent)-Nasrin,Hanifi(PhDstudent)-Naimeh,Seyedfatemi(PhD)-Farideh,Bastani(PhD)-Hamid,Peyravi(PhD).

TITLE:

Is the Nursing Relationship Standards Match with Iranian Culture?

TEXT:

In recent decades, many nursing theorists have argued the importance of nurse–patient relationships. Schroeder (1992) claims that all definitions of nursing make reference to a relationship between nurses and patients, implying that for nursing to take place there must be a relationship. (1)"The essence of professional nursing is the therapeutic relationship with the patient". It is the nurse's professional responsibility to understand the dynamics of the therapeutic relationship, to establish the relationship and to maintain the relationship within therapeutic boundaries.(2).In their simplest form, boundaries are the limits that allow a client and nurse to engage in a therapeutic relationship.(3)Professional boundaries can be thought of as limits to the nurse-client relationship which allow for a safe, therapeutic connection between the professional and the client.(4) A substantive area of study and practice focused on comparative cultural care (caring) values, beliefs, and practices of individuals or groups of similar or different cultures with the goal of providing culture-specific and universal nursing care practices in promoting health or well-being or to help people to face unfavorable human conditions, illness, or death in culturally meaningful ways(5)..based on Leninger (1991)definition,culture refers to "the learned values, norms, and way of life that influence an individual's thinking , decisions and actions in certain ways". (6) The Professional Standards provide an overall framework for the practice of nursing and describe in broad terms the professional expectations for nurses and apply to all nurses,in every area of practice.The Professional Standards include seven broad standard statements, a description of the statement and indicators that illustrate how the standard may be demonstrated. To help nurses apply the standards, there are indicators for all nurses and for those in administrative, educational and research positions. A standard is an authoritative statement that sets out the legal and professional basis of nursing practice.(7)

Methods : This study was a form of survey labelled as 'Delphi' in style..Essentially, the Delphi approach utilises repeated rounds of questionnaires, including feedback of earlier round responses to participants, in order to take advantage of group input while avoiding the biasing effects possible in face-to-face meetings. The first round was application of an structured questionnaire aiming to gain responses about conformity of Nursing relationship standards with Iranian culture ,and subsequent questionnaires(phase 2 and 3) were derived from summarised findings from previous questionnaires. Panellists responded anonymously, thereby preventing the identifiable linking of specific opinion with any individual. This anonymity promoted panelists sense of freedom to express opinions without negative repercussion.Panel members revised previous responses in subsequent iterations after reviewing new information submitted by other panelists. The sampling method was "Perposive Sampling".We selected 20 experts in Nursing practices.

Findings:The results showed that most of the Nursing relationships standards were matched with Iranian culture.Some statements were not adjust with Iranian culture.(for example nurse-client relationships after client discharges from hospital,...).Some statements were added to standards(for example client's privacy,boundaries of nurse-client relationships,...).

Discussion:..Nurse-client relationship' is fundamental to professional nursing practice. The result emphasis on privacy and confidentiality. Privacy and confidentiality are seen as a cornerstone of medical practice and seem increasingly important, with legislators limiting patient information that can be disclosed to relatives as well as protecting access to patient information by researchers.patients may be reluctant to share personal information, may be reluctant to be examined or may be dissatisfied with their care if privacy is compromised and confidentiality is not assured (8). Confidentiality has always been an essential element in medical consultation (9).

BIBLIOGRAPHY:

- 1-Baillie,Lesley.An Exploration of Nurse-Patient Relationships in Accident and Emergency.Accident and Emergency Nursing.(13).2005.PP:9-14
- 2- Standards for the Therapeutic Nurse-Client Relationships. Available at: http://www.nanb.nb.ca/pdf_e/Publications/General_Publications/Standards_for_the_therapeutic_Nurse-Client_Relationship_English.pdf. (15-03-2008)
- 3-Peternej-Taylor.Cindy A;Yonge.Olive.Exploring Boundaries in the Nurse-client Relationship:Professional Roles and Responsibilities.Perspectives in Psychiatric Care..39(2). Apr-Jun 2003.PP:55-66
- 4- Professional Boundaries and Expectations for Nurse-Client Relationships . Available at: <http://www.crnns.ca/documents/professionalboundaries.pdf>. (20-7-2008)
- 5-Sitzman,Katheleen;Wright Eichelberger,Lisa.Understanding the Work of Nurse Theorists.A Creative Beginning.second edition. Boston: Jones and Bartlett Publishers.2004
- 6- Culturally Sensitive care. Available at: http://www.cno.org/docs/prac/41040_CulturallySens.pdf (08-03-2008)
- 7- Professional Standards,Revised 2002 .available at: http://www.cno.org/docs/prac/41006_ProfStds.pdf. (08-03-2008)
- 8- Karro J, Dent AW, Farish S. Patient perceptions of privacy infringements in an emergency department. Emergency Medicine Australasia. 2005;17:117-23.
- 9- Chalmers J. Patient privacy and confidentiality. BMJ. 2003;326:725-6.

POSTER 104

AUTHOR/S:

Mann-chian Wu, Department of Nursing, Tzu Chi College of Technology, Hualien, Taiwan
Huei-chuan Sung, Department of Nursing, Tzu Chi College of Technology, Hualien, Taiwan
Wen-Li Lee, Department of Radiological Technology, Tzu Chi College of Technology, Hualien, Taiwan

TITLE:

The effects of bright light therapy on level of depression among institutionalized elders in Taiwan

TEXT:

Objectives:

Bright light therapy may affect the circadian rhythm, and cause synchronism between the body and day 24 hour. Bright light therapy has been reported to be effective for seasonal affective disorders, depression, and sleep disorders and also become popular as a complementary and alternative therapy in treating depression and circadian rhythm disturbances in elders. Bright light therapy can be a useful modality for improving physical and psychological well-being in older people in long-term care settings. Little is known about the effects of bright light therapy on physiological and psychological outcomes of older people in long-term care settings in Taiwan. This study aimed to determine the effects of bright light therapy on level of depression among elders in a long-term care facility in Taiwan.

Methods:

The study used a quasi-experimental design with a purposive sample of elders in a long-term care facility. The inclusion criteria for the subjects were: (1)age 65 years old or over, (2)no acute pain, (3)no infection disease, and (4)no severe visual problems. Four building complexes of the facility were randomly assigned as two in the experimental and two in the control group. Nineteen elders in the experimental group received 30-minute (9:30-10:00am) 10000 Lux bright light therapy in the morning, three times a week for 4 weeks. Sixteen elders in the control group received routine care with no bright light therapy. Data collection: (1)demographic data form (baseline, (2)Level of depression was assessed using Geriatric Depression Scale at baseline and week 4, and (3)daily sleep records.

Results:

The sample consisted of thirty-five subjects, The mean age for the experimental group was 83 year and that for the control group was 78.18 years. The majority were male (64.5%) and married (64%). The majority of subjects in both groups had not received any formal education. The majority of subjects in both groups had mobility problems and used wheelchairs. There were no significant differences in demographic and clinical characteristics between 2 groups, except the number of medications. After four weeks of bright light therapy, the depression mean score in the experimental group was decreased from 8.32(SD=2.67) at pre-test to 6.63(SD=3.95) at post-test. Paired t-test showed that there was a significant difference between pre-test and post-test ($t=2.39$, $p=.028$) in the experimental group. The result indicated that bright light therapy significantly reduced the level of depression in the experimental group. In the control group, the depression mean score was slightly decreased from 8.38(SD=2.78) at pre-test to 7.56(SD=3.22) at post-test, and paired t-test showed that there was no significant difference between pre-test and post-test. However, the reduction of depression mean score in the experimental group was not significantly different compared to that of the control group ($t=1.003$, $p=.323$).

Conclusion:

The study result indicate that elders who received four weeks of bright light therapy had a significant reduction on the level of depression, but the reduction was not significantly different compared to that of the elders who did not received the bright light therapy. Bright light therapy has the potential to reduce the level of depression and may be an alternative approach to use of medication for managing depression problems in elders. More frequencies and longer duration of bright light therapy may be needed to produce better outcome on improving depression among elders. Increase of the frequency and duration of bright light therapy session is suggested for future research. Bright light therapy can be used as an effective and alternative modality to improve psychological well-being of elders in long-term care setting.

BIBLIOGRAPHY:

1. Chan AC, Clinical validation of the geriatric depression scale (GDS): Chinese version. *J Aging Health*.1996; 8(2): 238-25.
2. Dowling GA, Hubbard EM, Mastick J, Luxenberg JS, Burr RL, Someren EJW. Effect of morning bright treatment for rest-activity disruption in institutionalized patients with severe Alzheimer disease. *Int psychogeriatr*. 2005; 17(2):221-236.
3. Lam RW, *Seasonal affective disorder and beyond: Light treatment for SAD and non-SAD conditions*. Am Psychiat Press, Inc.: Washington, DC.1998.
4. Lewy AJ, Sack RL, Singe CM, White DM, The phase shift hypothesis for bright light's therapeutic mechanism of action: therapeutic considerations and experimental evidence. *Psychopharmacol Bull*. 1987; 23:349–353.
5. Skjerve A, Bjorvatn B, Holsten F, Light therapy for behavioural and psychological symptoms of dementia. *Int J Geriatr Psychiat*. 2004; 19:516-522.
6. Tasi YF, Wong TKS, Juang YY, Tsai HH. The effect of light therapy on depressed elders. *Int J Geriatr Psychiat*. 2004;19:545-548.
7. Terman M, Terman JS, Quitkin FM, McGrath PJ, Stewart JW, Rufferty B. Light therapy for seasonal affective disorder. A review of efficacy. *Neuropsychopharmacol*.1989; 2:1-22.

POSTER 109

AUTHOR/S:

Diana L. Villela, RN, BSN, MSc - EEUSP-SP, and Nurse of the Continuous Education Program, Hospital A. C. Camargo; Vera Lúcia C.G. Santos, RN, PhD, Associate Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, EEUSP-SP

TITLE:

Topical therapy of chronic leg ulcers with platelet-rich plasma: A systematic review of the literature.

TEXT:

Introduction: Growth factors have been shown to play a role in the process of wound healing, the most common of them being platelet-derived growth factor (PDGF), epidermal growth factor (EGF), fibroblast growth factor (FGF), transforming growth factor (TGF), and insulin-like growth factor (IGF). These growth factors have been used as an alternative in the topical treatment of wounds, showing highly satisfactory results especially a high frequency of healing and epithelization. **Objective:** The objective of this study was to review the scientific evidence regarding the results of the use of platelet-rich plasma (PRP) for the topical treatment of chronic leg ulcers. **Methods:** A systematic literature review was performed according to the Cochrane Collaboration protocol. Clinical trials on the use of PRP for chronic leg ulcers in humans, published and indexed in the Cochrane, Lilacs, Cinahal, Embase and PubMed databases until July 2007. **Inclusion criteria:** Complete articles in Portuguese, English, Spanish and Italian published in indexed journals of the databases mentioned above. **Exclusion criteria:** Studies using platelet-poor plasma alone or in combination with PRP and recombinant growth factor. The following key words indexed in the MeSH and DeCS databases were used: wound healing, diabetic foot, varicose ulcer, foot ulcer, platelet derived growth factor, CT-102 activated platelet supernatant, and platelet-rich plasma. Some non-indexed key words were also used: platelet releasate, platelet lysate, platelet gel, chronic wound, and diabetic ulcer. These key words were classified in different manners according to the PICO electronic search method 1-2. The title and abstract of the studies recovered were evaluated and a pre-selection of the articles was performed. After the complete articles were obtained, the references were also analyzed in order to recover not yet identified possible studies. The data were analyzed in four phases: 1) characterization of the selection process of the studies; 2) characterization of the studies included; 3) evaluation of the quality and evidence of the studies included using a scale for the assessment of the grade of recommendation and level of evidence 3, and a scale for the assessment and control of variables (SACV) elaborated based on all controlled variables surveyed by the authors of the studies included in the systematic review, and 4) statistical analysis in which, after analysis of the randomized clinical trials included in the systematic review, those with a score of 3 points or higher on the Jadad scale (considered to be methodologically similar) were submitted to a meta-analysis. Meta-analysis was performed in 3 steps assuming homogenous (fixed effect) or heterogenous data (random effect). In addition, since 2 of the 7 randomized trials were similar in terms of the method of collection and type of PRP used (Ct-102), they were also submitted to meta-analysis assuming again a random effect. **Results:** Of the 45,781 publications recovered, 18 articles were included. Seven (39%) of these studies were randomized clinical trials^{4,5,8,9,12,19,21}. With respect to the method of collection of PRP, 4 studies mentioned the method described in S34. In the other studies, the blood volume used ranged from 20 to 240 ml obtained by centrifugation or apheresis. The scientific quality of the 7 randomized clinical trials was evaluated. Studies S6 and S29 presented strong evidence according to the Jadad scale, are strongly recommended by the SACV, and positive results were reported with the use of PRP when compared to the respective control groups. In contrast, S25 and S32 reported no positive results with the use of PRP and were also classified as strongly recommended. Meta-analysis of these 7 randomized clinical trials showed that the use of PRP contributed to the healing process (95%CI: 1.84-7.41). **Conclusion:** This systematic review and meta-analysis showed that there is scientific evidence regarding favorable outcomes of the use of PRP for the treatment of chronic leg wounds, especially those of diabetic etiology.

BIBLIOGRAPHY:

1. Nobre MRC, Bernardo WM, Jatene FB. A prática clínica baseada em evidências. Parte II – buscando as evidências em fontes de informação. Rev Assoc Med Bras.;2004a,50(1)104-8. 2. Nobre MRC, Bernardo WM, Jatene FB. A prática clínica baseada em evidências. Parte III – avaliação crítica das informações de pesquisas clínicas. Rev Assoc Med Bras.;2004b, 50(2)221- 228. 3. Nobre MRC, Bernardo WM. Busca de evidências em fontes de informação científica. In: Prática clínica baseada em evidência. São Paulo: Elsevier; 2006.p.43-57. 4. Driver VR et al. A prospective, randomized, controlled trial of autologous platelet-rich plasma gel for treatment of diabetic foot ulcers. Ostomy Wound Manage; 2006, 56(6):68-87. 5. Saldalamacchia G et.al. Uso del gel di plastrina autologo per la cura delle ulcered del piede diabetico. Giornale Italiano di Diabetologia e Metabol.; 2004, 24:103-5. 8. Stacy MC et al. Randomized Double-blind placebo controlled trial of topical autologous platelet lysate in venous ulcer healing. Eur J Vasc Endovasc Surg., 2000,19:296-301. 9. Knighton DR et al. Simulation of repair in chronic, nonhealing, cutaneous ulcers using platelet- derived wound healing formula. Surg Gyn Obst.; 1990, 170:56- 58.12.Krupski WC. et al. A prospective randomized trial of autologous platelet- derived wound healing factor for treatment of chronic non healing wounds: a preliminary report. J Vasc Surg.;1991, 14(4)526-536. 19. Holloway GA et al. A randomized, controlled dose response trial of activated platelet supernatant, topical CT-102 in chronic, nonhealing diabetic wounds. Wounds.; 1993, 5(4):198-206. 21. Steed DL et al. Randomized prospective double-blind trial in healing chronic diabetic foot ulcers. Diabetes Care.; 1992, 15(11):1598-1604.

POSTER 110

AUTOR/ES:

Martins CA, Barbosa D, Belasco A, Bettencourt ARC

TÍTULO:

Self-reported prevalence of Diabetes Mellitus among nursing professionals in a university hospital

TEXTO DEL TRABAJO:

Objective: Diabetes Mellitus (DM) prevalence has a tendency to increase in the next few years. It is estimated that 3 to 5% of Brazilians are diabetics, but almost half of this population doesn't know about having the illness. The purpose of this study was to verify the prevalence of DM among the nursing professionals of Hospital São Paulo and to relate the most important risk factors and the difficulties related to the illness control. **Methods:** A transversal epidemiological study was made by means of interviews of 1287 employees that corresponded to 82% of the total nursing professionals of the hospital, with a semi-structured questionnaire. Initially, an univariate analysis of the risk factors relating the individuals that do or do not have DM with the categorical variables was made, with the use of the chi-square and exact Fisher's tests. The t-Student's test was applied to the continuous variables.

Results: The self-reported prevalence of DM was 2,6%. The main risk factors found were: age, obesity and familiar history. More than half of diabetics were detected working at the night shift. Most of the diabetics employees use medicines and are satisfied with the treatment they receive but those who have type 2 diabetes do not keep with the correct diet, even under orientation. **Conclusion:** The low prevalence found can be explained by the hypothesis that most employees don't know they have the disease. Among the risk factors found, the body-mass index (BMI) is the only one which is modifiable, which reflects the importance of having an appropriate diet and the practice of physical activities. It is important to attend to the fact that many diabetics work on night shifts, because working during the night can be prejudicial to the control of DM.

Keywords: prevalence; diabetes mellitus; nursing.

POSTER 111

AUTOR/ES:

Figueiredo LA, Pinto IC, Guedes, AAB, Souza MF.

TÍTULO:

Analyze of the use of Primary Care Information System - SIAB by four family health's team of Ribeirão Preto city

TEXTO DEL TRABAJO:

This study aimed to analyze the use of Primary Care Information System-SIAB by four family health's team of Ribeirão Preto city, Brazil. It is a study with qualitative approach. As instrument for collection of dates, we used semi-structured interviews. The interviews are guided throughout of questions about the purpose of the SIAB, situation that is useful, knowledge that the team had above it and the food of the databases. For analysis of the dates we used the thematic analysis. These analyses were structured to the following topics: SIAB as a work instrument for the health family's team; SIAB with source of register dates; contradictions in the usage of SIAB; and suggestions. We concluded that the family's health team understand the purpose of the SIAB, however, the use of it is limited of register, hasn't be used like tools management for planning end evaluation action of promotion, prevention end rehabilitation in health. As the SIAB is a tool for the management family health's team encouraging the process of making decision, contributing to the improvement of assistance offered to the population, through this study we can formulate a programmer of continuing education with the teams studied so that they will use this like tools management for planning end evaluation action of promotion, prevention end rehabilitation in health, rather than merely as a tool for recording dates.

POSTER 117

AUTHOR/S:

Dr Joyce E. Wilkinson, Dr Sylvia Wilcock

TITLE:

Implementing JBI COnNECT -The Scottish Experience

TEXT:

This poster presents an impact evaluation of the implementation, across the National Health Service (NHS) Scotland, of JBI COnNECT.

Study Objectives:

- To evaluate the frequency and type of use of JBI COnNECT resources within Health Boards and across NHS Scotland
- To determine the nature of evidence utilisation projects established as the result of JBI COnNECT
- To gauge the acceptability of the nature and quality of JBI resources and the ease of use of JBI COnNECT to NHS staff
- To explore the roles of the local facilitators as a means of evaluating approaches to implementation at Health Board level

Methods:

To achieve the study objectives, mixed methods were used. Statistical data, routinely gathered by JBI provided details about the frequency and types of resources being accessed by Health Boards. An email survey, focusing on knowledge and awareness of JBI COnNECT was administered to nurses, midwives and allied health professionals throughout Scotland. In depth telephone interviews were undertaken with local facilitators and others with a role in supporting the implementation of JBI COnNECT in Health Boards. The focus of these was on their experience of the task and noting success and exploring challenges.

Findings:

The research shows that knowledge, awareness and use of JBI COnNECT are growing since its launch in Scotland in 2007. The use within Health Boards has varied depending on their focus and available evidence. Approaches to implementation at a local level vary considerably. The resources are being used by individuals, in teams, at hospital level and as a whole Health Board approach. Some specific successes have been identified and the main challenges relate to many of the barriers to evidence-based practice already identified in the literature, such as lack of time and resources and the contested nature and quality of evidence. In addition, some organisational cultures and structures were identified as an impediment to wider implementation. If impact is viewed as 'making a difference', then JBI COnNECT is already having an impact in NHS Scotland, for practitioners and patients. This poster presentation focuses on some of the qualitative findings from the study and relate to the impact that JBI COnNECT is having in NHS Scotland.

POSTER 118

AUTHOR/S:

Yeetey Enuameh MD, MSc
Livesy Abokyi BA, MPH
George Adjei BSc, MSc

TITLE:

An Overview: The Experience of Living with Co-Morbidities of Chronic Lymphatic Filariasis among Patients in Developing Countries: A SR.

TEXT:

Lymphatic filariasis (LF) is a painful and profoundly disfiguring disease that is usually acquired in childhood, manifests in adulthood and results in temporary or permanent disability with major and far reaching social and economic repercussions on developing countries. Recurrent Acute Dermatolymphagioadenitis (ADLA), hydrocele and Lymphoedema are some of the co-morbidities of chronic LF.

Objective of this systematic review (SR): To understand the experiences of persons living with chronic lymphatic filariasis (CLF) in developing countries.

Specific review questions:

1. What are the experiences of persons living with CLF?
2. What are the experiences of persons with CLF about strategies used to prevent/ treat the condition?
3. What is the influence of CLF on social relationships of persons affected?

Methods:

Design: The search strategy aims at finding qualitative studies between 1980 and 2007 using a 3 step approach of databases including MEDLINE, CINAHL, EMBASE, HINARI, and PSYCINFO.

Studies: Selected papers are been assessed by 2 independent reviewers for methodological validity before being included for review using the Joanna Briggs Institute Qualitative Assessment and Review Instrument (JBI-QARI). Disagreements would be resolved through discussion or with the help of a third reviewer.

Data analysis: The JBI-QARI software's instrument for meta-aggregation would be used for synthesis, arriving at levels of evidence and presenting results.

Variables: Persons above 15 years of age in developing countries with CLF, their social relationships, social and societal attitudes towards them and treatment measures.

Preliminary findings:

1. Perceptions and understanding of patients about disease condition.
2. Impact of disease manifestation on individual and social lives (employment, marriage, etc.) of patients.
3. Attitudes and relationship of immediate family and society to patients with CLF.
4. Treatment and management of disease condition and its impact on lives of patients.

Implications for practice:

1. To identify gaps in current knowledge from available studies on the experiences and treatment process of persons living with chronic manifestations of LF to provide direction on relevant areas for future studies in improving their situation.
2. To provide evidence based guidelines on how to improve the approach and quality of management of persons with CLF within the context of developing countries, with the resultant effect of improved overall health and social outcomes.

BIBLIOGRAPHY:

WHO. Lymphatic filariasis, Fact Sheet no.102. [Cited 2008 May 24]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs102/en/>

Gyapong M, Gyapong J, Adjei S, Vlassof S, Weiss M. Filariasis in Northern Ghana: Some Cultural Beliefs and Practices and their Implications for Disease Control. *Social Science and Medicine*. 1996; 43(2): 235-242.

WHO. The Resolution of the Executive Board of the World Health Organization, Fiftieth World Assembly, WHA 50.29, Geneva, 1997.

WHO. Weekly Epidemiologic Record, No. 40. WHO, Geneva, October 2006.

Pearson A; The Joanna Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute System for the Unified Management, Assessment and Review of Information (JBI SUMARI), Users Manual Version 4 (2007).

Person B, Bartholomew LK, Addiss D, van den Borne B. Disrupted Social Connectedness among Dominican Women with Chronic Filarial Lymphoedema. *Patient Education and Counseling*. 2007; 63(3): 279-286.

Wynd S, Melrose WD, Durrheim DN, Carron J, Gyapong M. Understanding the Community Impact of Lymphatic Filariasis: A Review of Sociocultural Literature. *Bulletin of the World Health Organization*. 2007; 85(6): 421-500.

Babu BV, Hazra RK, Chhotray GP, Satyanarayana K. Knowledge and Beliefs of Elephantiasis and Hydrocele of Lymphatic Filariasis and some Sociodemographic Determinants in an Endemic Community of Eastern India. *Journal of the Institute of Public Health*. 2004; 118: 121-127.

Ahorlu CK, Dunyo SK, Koram KA, Nkrumah FK, Aagaard-Hansen J, Simonsen PE. Lymphatic filariasis related perceptions and practices on the coast of Ghana: implications for prevention and control. *Acta Tropica*. 1999; 73: 251-264.

Coreil J, Mayard G, Louis-Charles J, Addiss D. "Filarial elephantiasis among Haitian women: social context and behavioural factors in treatment." *Tropical Medicine & International Health*. 1998; 3(6): 467-473.

POSTER 123

AUTHOR/S:

Ling-Ling Lee, Antony Arthur, Mark Avis

TITLE:

A critical review of using self-efficacy theory to develop interventions that promotes physical activity among older people

TEXT:**Background**

Only about a fifth of older people undertake a level of physical activity sufficient to lead to health benefit [1-3]. Negative conceptions about the ageing process and beliefs about the costs and benefits of exercise in late life may result in unnecessary self-imposed activity restriction [4]. Thus, adhering to a physical activity can be difficult particularly when the benefits of exercise are often not immediate. Many of the barriers to engaging in physical activity among older people, such as Perceived poor health and the symptoms of physical disabilities associated with chronic disease [5-7], are attitudinal. It is therefore important to take account of the non-physical aspects of physical activity intervention programmes, such as promoting confidence in adopting and adhering exercise. Self-efficacy is a widely applied theory used to understand health behaviour and facilitate behavioural modification, such as the increase of physical activity.

Objectives

This paper aims to examine the ways in which self-efficacy theory might be used in intervention programmes designed to overcome psychological barriers for increasing physical activity among older people.

Method

A literature search was conducted using CINAHL, Medline, EMBASE, SportDisc, Cochrane databases and extended approach by using the following terms in various combinations: 'self-efficacy', 'physical activit*', 'exercise*'. Evidence relating to the effect of the use of self-efficacy theory in the design of physical activity intervention programme among older people was explored.

Discussion

Self-efficacy refers to a person's sense of confidence in his or her ability to perform a particular behaviour in a variety of circumstances [8, 9]. A number of studies have demonstrated that exercise self-efficacy is strongly associated with the amount of physical activity undertaken. An essential part of self-efficacy theory is that the stronger the individual's belief in his or her ability to perform a set of actions, the more likely they will be to initiate and persist in the given activity.

Evidence from trials supports the view that incorporating the theory of self-efficacy into the design of a physical activity intervention is beneficial. Studies found that self-efficacy-based interventions significantly changed the desired outcomes, such as the difference in the distance walked among older adults [11] and the improvement in physical activity [12].

In the construct of self-efficacy theory, there are four major information sources of one's self-efficacy: performance accomplishments, vicarious learning, verbal encouragement, and physiological and affective states [8, 13]. Performance accomplishments would include positive experiences in performing a behaviour. Vicarious learning is the observation of others engaging in similar behaviour; for older people this might include observing an older person with physical limitations walking regularly. Verbal encouragement to carry out the behaviour may come from, for example, family or significant others. Several studies showed positive results when the four sources have been operationalised as an intervention [4, 14-18]. A combination of the four primary sources of self-efficacy is also likely to produce optimal results [19].

Research challenges that future studies need to address include the generalisability of exercise setting, the role of age as an effect modifier, and the need for more explicit reporting of how self-efficacy is operationalised in interventions.

Note:

Bibliography list from number 13 could not be seen properly. Please contact me if those are still missing in your system. Thank you very much!

BIBLIOGRAPHY:

Reference

- [1] Health Education Authority UK. Physical activity in later life. London: Health Education Authority; 1999.
- [2] Hawkins SA, Cockburn MG, Hamilton AS, Mack TM. An estimate of physical activity prevalence in a large population-based cohort. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 2004;36(2):253-60.
- [3] Wang RH. Participation of physical activity and associated factors in the elderly. Taipei: Department of Health Taiwan; 1994 June. Report No.: DOH83-HP-114.
- [4] Lachman M, Jette A, Tennstedt S, Howland J, Harris B, Peterson E. A cognitive-behavioural model for promoting regular physical activity in older adults. *Psychology Health and Medicine*. 1997;2(3):251-61.
- [5] Lian WM, Gan GL, Pin CH, Wee S, Ye HC. Correlates of leisure-time physical activity in an elderly population in Singapore. *American Journal of Public Health*. 1999;89(10):1578-80.
- [6] Clark DO. Identifying Psychological, Physiological, and Environmental Barriers and Facilitators to Exercise Among Older Low Income Adults *Journal of Clinical Geropsychology*. 1999;5(1):51-62.
- [7] Clark DO. Physical activity and its correlates among urban primary care patients aged 55 years or older. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences & Social Sciences*. 1999;54(1):S41-8.
- [8] Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall 1986.
- [9] Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W.H. Freeman 1997.
- [10] Allison MJ, Keller C. Self-efficacy intervention effect on physical activity in older adults. *Western Journal of Nursing Research*. 2004;26(1):31-46.
- [11] Allen JK. Coronary risk factor modification in women after coronary artery bypass surgery. *Nursing Research*. 1996;45(5):260-5.
- [12] Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977b;84(2):191-215.
- [13] van de Laar KE, van der Bijl JJ. Strategies enhancing self-efficacy in diabetes education: a review. *Scholarly Inquiry*

POSTER 127

AUTHOR/S:

Lee-mei Chi

TITLE:

A study of the effectiveness on relieving primary dysmenorrhea by acupressure and its ethics issue

TEXT:**Background:**

Dysmenorrhea is viewed to result from uterine contractions and ischemia. It is common in adolescent women. The cause may be a combination of hormonal, structural or emotional factors and acupressure is ideally suited to treat all these factors.

Acupressure was a traditional Chinese medicine. It was a non-invasive technique that substitutes needles used in acupuncture by using direct finger pressure. The acupressure will be promoted to balance energy. It is commonly used in pain relax and promoting comfort. A lot of researches have been done to demonstrate efficacy of Sanyinjiao (Sp 6) acupressure. Sp6 is situated 3 cun (Chinese inches) superior to the medial malleolus just poster to the tibial border. It is the spleen meridian, and three meridian channels are passed. SP6 point is effective in comforting uterine. This study aimed to evaluate the pain relief efficacy of Sanyinjiao (Sp 6) and Zuehai (Sp 10) acupressure and heat therapy for dysmenorrhea. Furthermore, its ethics issue was discussed.

Method:

Many researches have conducted a study with an experimental design to relieve pain. The experiment group received an acupressure, and control group only receive placebo. Pain has not been handled in the control group. The author considered the ethics principle, including the beneficence and legal aspect. Experiment group and control group both got the intervention. The research approach was as follows. 1) A pretest-posttest experimental design was used. Age is between 15-31 years old in college of technology of Taiwan. 2) Study tools include: visual analog scale (VAS), heating pad, time-recorder, biopac systems (MP150) monitors. 3) Participants were randomly assigned to either experimental (n=30) or control groups (n=30). Heating pad was used for 30minute in lower abdomen and, at the same time, an acupressure was used for 10 minutes (SP6 5min, SP10 5min) in participants in experimental group. Only heating pad was used 30 minutes in participants in control group. 4) Indicators used to test design of the effect including VAS and skin temperature change in the palm was assessed prior to intervention and 10 and 30min after treatment.

Result:

Comparing control group (n=30) with experimental group, findings are as follow: 1) there was a significant difference in VAS between the two groups at both 10 and 30minutes after treatment. 2) Skin temperature was significantly elevated at 10 minutes after acupressure and heat therapy. Pain is relieved as temperature raised. 3) Indicators used to test the effect of the intervention including a score in VAS and skin temperature change was assessed prior to the intervention and 10 and 30minutes after treatment.

Discussion:

This study showed the evidence of the effect of acupressure on pain relieving for dysmenorrhea. Based on these findings, acupressure could be used for the self-care among women with dysmenorrhea. Public health care nurses could also apply the skill of acupressure for enhancing better care among women.

Ethics issue on acupressure:

The ethics principle includes: 1) the principle of autonomy, 2) the principle of nonmaleficence, 3) the principle of beneficence, 4) the principle of justice. The nursing staff's basic responsibility is to promote the health, prevent disease, rebuild the health, lighten the agony. The principle of beneficence should be applied to the control group whose pain had been handled. Space independence and the patient's personal secrets were concerned. This study showed the effect of acupressure on pain relieving for dysmenorrhea.

BIBLIOGRAPHY:

Stillerman E. The encyclopedia of bodywork: From acupressure to zone therapy. 1-8. New York: Facts on File; 1996.

Cross JR. Acupressure and reflextherapy in the treatment of medical conditions. Butterworth-Heinemann; 2001.

Cross JR. Acupressure: Clinical applications in musculo-skeletal conditions. Butterworth-Heinemann; 2001.

Chen HM, Chen CH. Effects of acupressure at the Sanyinjiao point on primary dysmenorrhoea. Journal Advance Nursing. 2004;48(4): 380-7.

Jun EM, Chang S, Kang DH, Kim S. Effects of acupressure on dysmenorrhea and skin temperature changes in college students: A non-randomized controlled trial. International Journal of Nursing Studies. 2007; 44:973-981.

Hannerschlag R. Methodological and ethical issues in clinical trials of acupuncture. The Journal of Alternative and Complementary Medicine. 1998;4(2):159-171.

Aghamiri Z, Vigh M, Latifnezhead R, Nabavi S. Study of effect of acupressure methods on pain in primary dysmenorrheal. Hayat. 2006;11(3-4):19-28.

Chang SB, Jun EM. Effects of SP-6 acupressure on dysmenorrhea, cortisol, epinephrine and norepinephrine in the college students. Home Health Hospice Care, Korea. 2003;33(7):1038-46.

Chen HM, Chen CH. Title effects of acupressure at the Sanyinjiao point on primary dysmenorrhoea. Source Journal of Advanced Nursing. 2004; 48(4):380-387.

Chi LM, Hsu N, Chiu HJ, Shaw CK. A study of the effectiveness on relieving primary dysmenorrhea by Acupressure. Tzu Chi Nursing Journal. 2004;3(4):29-37.

PÓSTERES CON DEFENSA ORAL POSTERS WITH ORAL DEFENCE

POSTER 132

AUTOR/ES:

Barbieri MC, Martins MM, Figueiredo MH, Martinho J; Andrade L, Oliveira P

TÍTULO:

Educating undergraduate nursing students to care for families

TEXTO DEL TRABAJO:

Family nursing as a disciplinary area in nursing, is underpinned by social sciences, family therapy and nursing science theories. The integration of these theories allowed its development at theoretical, practical and research levels, based on the systemic approach. Our concern as nurse educators, with experience in family nursing, guided this qualitative study aiming at identifying competencies of undergraduate nursing students to care for families.

This research was conducted upon the analysis of Reflective Journals, written by 3rd and 4th year undergraduate nursing students during their clinical practice in hospital and community settings. With the students consent, 381 reflective journals were analyzed.

From the content analysis of the data recorded in the Journals emerged domains of "family focus" that were labeled according to Hanson (2005): Family Structure, Function of the Family, Family Process and Family Intervention. In each domain, categories and subcategories were identified: Family Structure: composition, types, family size and social network; Function of the Family: family as a social system and role of the family in society; Family Process: role delineation, role enactment, role competence, role strain, communication, power, decision making and coping strategies; Family Intervention: family as context, family as client, family as system and family as component of society. Role enactment (41) and Family as a context (33) were the categories with more records.

The importance that students attributed to role enactment, namely the therapeutic role, suggests that they have strong representations of families as social systems in their adaptive component to external environments, like hospitals. The results that were obtained emphasized the need to increase nursing students' competences to care for families as a whole, and are a challenge for the designing of innovative curricula for undergraduate nursing students.

BIBLIOGRAFÍA:

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008

Hanson SM. Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação. 2ª ed. Loures: Lusociência; 2005

Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias. 3ª Ed. São Paulo: Roca; 2002

POSTER 134

AUTOR/ES:

Dixe, Maria dos Anjos Coelho Rodrigues; Gomes, José Carlos; Teixeira, Maria José; Ferreira, Emilia; Carreira, Manuel; Vieira, Cidália; Moreira, Sandra

TÍTULO:

VIOLENCE IN PSYCHIATRIC SERVICES

TEXTO DEL TRABAJO:

Background. Violent verbal and physical behaviours related with people with mental and behavioural disorders are a huge challenge to health professionals because of the associated risks, to themselves and to patients, but also because of the difficulties in managing these incidents. Violence incidents determinants and correlations are not well understood. That means that correct identification of these determinants can answer the challenge that violence in psychiatric wards represents.

Objectives: Characterize the violent incidents of the hospitalized patients in the psychiatric services according to their condition's nature and gravity and study the relationship between the violent incidents occurrence and their context

Method: Quantitative methodology was employed to analyze and interpret this Study.

The samples were all the patients who experienced violence incidents during their internment in the psychiatry department at a hospital in the Central Portugal region during 2006.

The instrument of data collection was a survey grid, completed by the professional who observed the aggressive behaviour and consists of four parts: patient characterization and the context of the violence incident; incident characterization; visual analogue scale to register the seriousness value attributed to the aggressive incident (varies between 0 and 100) and the characterization of the professional who witnessed the incident.

After the authorization for the study and since the health service professionals are the ones who make the registration of the violence incidents, we held meetings with the team in order to specify the target, clarification of the terms included in the instruments and data collection methodology.

Findings: Before the data analysis we should note that the 65 registered aggressive behavior cases are related to only 40 patients.

Concerning the patient's characterization and the violence incident context it was verified that 72.5% (29) of the patients involved in violence incidents are males. The average age of the entire sample is 34.6 (SD = 14.3) while 60.4% of hospitalisation were volunteers and the main cause of the disease was psychosis (39.0%).

The place where most incidents occurred was the ward's corridor (39.2%) while the professionals where directly involved in the incident in 50% of situations.

Incident Characterization: The aggression cause was identified in 80.0% of the situations, being the most prevalent cause the "denial of something to the patient by the professionals" with 34.6% of the references. The verbal aggression (37.2%) was the most used mean by the patients during the violence incident. 25.2% of the patients used their hands. Many were the aggression targets in the incidents being the professionals the most frequent target of which the nurses were the ones with higher incident rates (36.3%) In 17.8% of the cases there were no consequences for the victims of the incident, however, in 36.4% of the cases, the people involved felt threatened.

As for the taken interventions, the one most common one was "talking to the user" with 22.8% of the answers. Being calm (20.4%) and administer a drug (12.8%) were also interventions with a good expression

Incident Severity: Regarding the incident seriousness allocation, an average value of 69.46 (SD = 29.26) was scored by the professionals who reported.

Socio-demographic and professional data of the professional who did the reports

All the records were made by nurses. They work on average at 15.1 years (SD= 6.0), and, with were in the current service functions on average for the last 7 years.

Implications: The identification and analysis of violence situations contributes to better care skills and for the improvement of the user and other stakeholder in the process of care safety, so the completion of intervention protocols should be developed.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Alaa El-Din Soliman; Hashim Reza . Risk Factors and Correlates of Violence Among Acutely Ill Adult Psychiatric Inpatients. *Psychiatric Services*. 2001; 52(1): 75-80
- (2) Health And Consumer Protection – Directorate General. Green Paper: Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. European Communities. 2005 (available at http://europa.eu.int/comm/dgs/health_consumer)
- (3) Internacional Council Of Nurses (ICN) .Guidelines on coping with violence in the workplace. Geneva: ICN;2005
- (4) Tardiff K. Seclusion and Restraint, in *Assessment and Management of Violent Patients*. 2nd edition. Washington, DC: American Psychiatric Press;1996.

POSTER 135

AUTHOR/S:

Hosseinzadeh,M.(MSc)master of science in nursing; Motahari,MS.(MSc); Mazlom vajari,S.(MSc)healths promotion;Dadgaran,I.(MSc) (faculty members)
WORK PLACE:Islamic Azad University of Lahijan in Iran-Nursing Group

TITLE:

Survey on prevalence of injury sharp means and practice post of contact in HCWs in educational hospitals in city of rash in IRAN2007

TEXT:

Background : Disease that transfer via bloodborne are one of the most important healths problem in the all world.Needle stick and sharps injuries are the most efficient method of transmitting blood-borne pathogens between patients and HCWs1.HCWs are biggest groups that expousure risk needle stick injury and blood secretory.They are at substantial risk of acquiring bloodborne pathogen infections through exposure to blood or infectious body fluids2.Cotaminated sharps such as needles, lancets, scalpels, broken glass ,specimen tubes and other instruments can transmit bloodborne pathogens such HIV hepatits B(HBV)and hepatits C viruses (HCV)3..Almost 20 phatogen transferred to them via blood borne .HCWs sustain 600000 to one million needlestick and sharps injuries every years resulting in at least 1000 new cases of HCWs with HIV HCV and HBV4..NSI events are responsibility 86%employment disease so all of HCW should regard to universal precaution5.

2.- Objectives:This descriptive_analytic study was carried out to determine the prevalence of NSI and practice post of contact in HCW.

3.- Methods :Sample of research consist 120 HCW(consists of nurse and midwife) that working with blood and blood secretion at different in educational hospital within the city of rasht.This samples choiced by random. To achieve the research objective a questionnaire consisting of six part was prepared it included :1-individual demographic;2-situation of vaccination HBV and amount acquired immunation HBV;3-determine of use protection means within working ;4-prevalence of NSI and practice post that;5-prevalence of sprinkle bloody secretion to eye and face and practice post that;6-relationship between some event to demographic individual.The data were analyzed by chi-square correlation tests using spss software package.

4.- result:overall 95%of HCWs received 3 doses of HBV vaccination but 17.5% had aware from surface immunity HBSAB and 60% this people had poor immunity.Related to use of protection means within working with blood 62.5% HCW have used from first-using gloves;47.5% from latex gloves;19.2% from glasses;45.8% from mask;30.8% from aprone andanybody donot use from safer devices(safe needle).85% individual had been NSI and 51%them were 4 times and more than.41.7% them had sprinkle bloody secretion to eye and face .about urgent action past accident:79/4% them had been washed regions with enough water ;87/3% decompressed;78/4% disinfected to povudine iodine or alcole;54/3% had been refused from eye massage.75% accident had been happened within accesse to vein and 77/6% accident were related to needle.61/6% them had been NSI within collecting of means,69/7% them don,t report to central infection in hospital and just 26/5%had been survived post accident.between use of protection means and number of accident and other finding don,t statistics meaning.

5.- Discussion :Moro reported incidence NSI in HCWs 65%person years.unsafe needle recapping was observed in 98% of all injections training in injection safety was received by 4% of HCWs in hospitals and 58% were fully immunized against HBV1.A report on sharps injury prevention in the USA (6)suggested that the use of safer devices could prevent 29% of NSI.A scottish report concluded that 61%of venepuncture related injuries were probably preventable by safely device use and 21% were definitely preventable7.Elder reported that confirmed viral transmission in the UK has been relatively rare8.The rate of NSI revealed by this small local survey is disturbing.It is higher than that reported elsewhere9,10.institutional reports moreover have been deemed to undesstimate actual injuries by about 50% 11,12.In the usa an estimated 75% of HCW have been vaccinated against HBV but in this article 85% vaccinated by HBV and almost them don,t informed from titer of HBSAB and amount use from protective means was insufficient .therefore should be stabilished a safety environment for injection and should be considered in healths planning and is nessesary that creat provide about vaccination HBV and measuring HBSAB in HCW.the responsibility for protection against lethal viral pathogens lies partly with the HCW,who must handle sharps

BIBLIOGRAPHY:

- 1-Moro pl and etal.(2007)Epidmiology of needlesticks and other sharps injuries and infection safety practices in the dominican republic.Am J Infection Control.35(8):552-9
- 2-Smith DR,Leggat PA.(2005)Needlestick and sharps injuries among nursing student.J Adv Nurse.51(5):449-55.
- 3-Talaat M and etal.(2003)Occupational exposure to needlestick injuries hepatitis B vaccination coverage among healths care workers in Egypt.Am J Infect Control.31(8)469-74
- 4-Join ANA.Caring for those who care.nursing world safe needles save lives caring for those who care .ANA website:<http://www.needlestick.org>
- 5-Simard EP and etal.(2007)Hepatitis B vaccination coverage levels amonghealthcare workers in the united states .Infect Control Hosp Epidmiol.Jul 28(7)783-9
- 6-US General Accounting Office Report.2000) occupational safety:selected costs and benefit implication of needlestick prevention devices for hospitals,<http://www.gao.gov/new.items/d.16.r.pdf#search=%22GAO>
- 7-Cullen BL,Genasi F,Symington I ,etal.(2006)potential for reported needlestick injury prevention among helthcare workers through safety device usage and improvement of guideline adherence:expert panel assesment.J Hosp Infect 63:445-451.[CrossRef][ISI][medline]
- 8-ElderA and paterson C .(2006)Sharps injuries in UK healthcare:A review of injury rate viral transmission and potential efficacy of safety devices.Occupational Medicine .56(8):566-574
- 9-Gillen M,McNary J,Lewis J,etal.(2003)sharps-related injuries in california healthcare facilities:pilot results from the sharps injury surveillance registry.Infect Control Hosp Epidmiol 24:113-21[medline]
- 10-NG LN,Lim HL/Chan YH,Bin Bachok D.Analysis of sharps injuries occurrences at a hospital in singapore.NURSE Pract:8:274-81
- 11.Roy E, Robillard P. Underreporting of accidental exposures to blood and other body fluids in health care settings: an alarming situation. Adverse Exposure Prev1995; 1:11

POSTER 136

AUTHOR/S:

Huei-chuan Sung, Shu-min Chang, Wen-li Lee
Tzu Chi College of Technology, Hualien, Taiwan
Tzu Chi University, Hualien, Taiwan

TITLE:

Hospital nurses' knowledge, attitudes, and use of complementary and alternative medicine in Taiwan

TEXT:

Background: The use of complementary and alternative medicine (CAM) by the public has increased dramatically worldwide in recent years. Factors related to the increased use of CAM included dissatisfaction with conventional medicine services and health care providers, side effects of drugs or medical treatments, high costs of health care, and lack of control in their own health care practice (Snyder & Lindquist 2001). Healthcare professionals now are facing the challenge to integrate CAM into their clinical practice and patient education. Studies found that the majority of nurses had a positive attitude and increased interest about CAM, but had limited knowledge about it (DeKeyser, Cohen, & Wagner 2001, Guellar et al. 2003, Tracy et al. 2005). As the public becomes more culturally diverse and uses CAM increasingly, nurses who provide most of the direct care and consultation to patients need to be educated and become well informed regarding the effects and safety of CAM. Nurses play an important role in assisting and supervising patients for making informed decisions regarding the use of CAM. It is therefore essential for nurses to have a better understanding of CAM. However, limited information is available about the knowledge, attitudes and use of CAM among hospital nurses in Taiwan. This study aimed to determine knowledge levels, attitudes, and use of CAM among Taiwanese nurses working in the hospitals.

Methods: A cross-sectional design was used. Self-administered questionnaires, which were developed by the researcher to assess knowledge of, attitudes towards, and the use of CAM were distributed to a convenience sample of 280 nurses working in various clinical settings in Taiwan, and 240 completed the questionnaires, giving a response rate of 85.7%.

Results: The majority of the nurses were aged between 20-39 years old (95.8%), female (99.2%), single (65.4%) with college degrees (99.6%). The study results show that the majority held positive attitudes towards CAM, but perceived they had limited knowledge and poor professional preparation of CAM. The therapies they had least knowledge listed were Reiki, homeopathic medicine, magnet therapy, guided imagery, and art therapy. Most nurses (89%) perceived their professional preparation in CAM to be poor and would like to receive training on CAM. The therapies they thought the most helpful were massage (84.2%), acupressure (80.9%), relaxation techniques (76.3%), acupuncture (73%), and music therapy (70.9%). Fifty-six percent of nurses had personal use of CAM, but only 15 % had used CAM for their patients. The most popular CAM used by nurses in practice were deep breathing exercise, relaxation techniques, massage, diet, and music therapy. The most common CAM used by nurses for themselves included deep breathing exercise (69.2%), massage (65.4%), relaxation techniques (55.8%), aromatherapy (49.2%), meditation (47.1%), and music therapy (46.7%). Barriers identified by nurses to use CAM for patients included lack of knowledge and training about CAM, no time, limited resources to implement CAM, and lack of administrative support.

Discussion and Conclusion: This study found that most nurses had limited knowledge about CAM and did not use it in their practice. The results indicate that there is a lack of training and formal education provided in nursing education. Many health-related schools and faculty have recognised the growing need to include CAM in their curriculum in western countries. However, inclusion of CAM curriculum is still lacking in many nursing schools and nursing continuing education program in Taiwan. CAM should be introduced in the nursing curriculum and nurses' clinical education in order to prepare nurses to respond to patient questions knowledgeably and to assist patients in decision-making regarding CAM. Adequate training and resources for implementing CAM with support from administrators will enable nurses to provide more holistic care for the patients.

BIBLIOGRAPHY:

1. DeKeyser FG, Cohen BB, Wagner N. Knowledge levels and attitudes of staff nurses in Israel towards complementary and alternative medicine. *J Adv N*, 2001, 36(1):41-48.
2. Guellar NG, Cahill B, Ford J, Aycok T. (2003) The development of an educational workshop on complementary and alternative medicine: what every nurse should know. *J Contin Edu Nurs*, 2003, 34(3): 128-135.
3. Snyder M, Lindquist R. Issues in complementary therapies: how we got to where we are. *Online J Issues in Nurs* [serial on the internet]. 2001 May [cited 2008 Sep 1]; 6(2):[about 4 p.]. Available from <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume62001/Number2May31/ComplementaryTherapiesIssues.aspx>
4. Tracy MF, Lindquist R, Savik K, Watanuki S, Sendelbach S, Kreitzer MJ, Berman V. Use of complementary and alternative therapies: a national survey of critical care nurses. *Am J Crit Care*, 2005, 14(5): 404-414.

POSTER 137

AUTOR/ES:

Vieira MA, Ribeiro RLR, Barbosa DA.

TÍTULO:

Quality of life of children with kidney disease

TEXTO DEL TRABAJO:

The kidney diseases are nowadays an important public health problem. During its evolution a development of a chronic renal failure can occur. Nowadays in Brazil there are, according to the Brazilian Society of Nephrology (1), about 73 thousand people in dialysis. In the children population the incidence of the kidney disease is badly documented, being estimated by the statistics of inclusion in programs of dialysis treatment and renal transplant. The patients affected by renal disease need screening and frequent outpatient follow up, a rigorous and balanced diet, and long-term medicinal therapy, demanding a careful planning of the treatment due to physiological alterations that occur in their organisms, bringing changes to their lives and their families. The impact of the kidney disease is reflected in the reduction of the quality of life of the child and the family. Independently of the disease, it is observed that, despite the symptoms diagnosis and different treatments, the renal disease and the complications derived from its treatment, affect the functional abilities of the patient and limit their life conditions. To understand how the disease complications, affect the daily life of the patient has been the aim of the evaluations of life quality related to health. This study aims at evaluating the quality of life of the child and the adolescent with kidney disease and compare with public school students. It is a controlled cross-sectional study and children and adolescents with kidney disease enrolled in the Pediatric Nephrology Unit at the Júlio Muller University Hospital, in Cuiabá, state of Mato Grosso, Brazil and of the public schools were part of it. The inclusion criteria were: ages ranging from 7 to 18 years and their parents that signed the authorization term, totalizing 142 children, being 37 patients and 105 of the control group. The instrument used was the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 (PedsQL) (2). It is made of 23 questions and it evaluates the physical capacity, emotional, social and schooling aspects. The variables of the study were put together in socio-demographic, clinic and specific variables of the quality of life instrument. The method of sampling by stratified conglomerate in two stages was used, to randomly select the healthy children. In the patient population, 59,5 % were female and 40,5% were male; the time of the diagnosis of the renal disease ranged from 2 to 14 years and 62% had already been hospitalized at least once. Of the controls, 57,1% were female and 42,9% were male, the brown ethnic group predominated (63%) and less than 1% of the school children uses continuous medication. The dimensions that had less medium scores of the group of patients was the physical capacity (77,3) in relation to the control group (83,0). While the lower medium scores of the control group were the emotional (56,3), social (70,3) and schooling aspects (63,7). The preliminary analysis of the QV dimensions shows that the medium of the domains of the total score of the patients is higher (73,6) in relation to the control (69,2) contrasting with the findings in the national (3) and international (2,4) literature. The quality of life measures are important additional tools for the professionals since it makes possible the identification and priority of the problems, for the planning of an intervention that contributes to the patient quality of life. As it is a disease that requires follow up and a treatment with interdisciplinary approach, the study hopes to contribute for the improvement of the health professional practice, concluding that the experience of children and adolescents affected by renal diseases go beyond the biological model. To understand how a chronic condition, the kidney disease, affects the daily lives of the child and the adolescent using the information obtained, comprises a perspective of integral attendance in health.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Censo Nefrológico 2004/2005 [homepage on the Internet]. Brasil: Sociedade Brasileira de Nefrologia; [cited 2008 May 12]. Available from: <http://www.sbn.org.br>.
2. Klatchoian DA. Confiabilidade da versão brasileira do questionário genérico de qualidade de vida Pediatric Quality of Life Inventory versão 4.0 (PedsQL 4.0) [tese] São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2007.
3. Varni JW, Seid M, Rode CA. The PedsQL: Measurement model for The Pediatric Quality of Life Inventory. *Medical Care*. 1999, 37: 126-139.
4. Varni JW, Seid M, Kurtin PS. The PedsQL 4.0: Reliability and validity of The Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. *Medical Care*. 2001, 39: 800-812.

POSTER 139

AUTOR/ES:

Lopes, Maria Saudade Oliveira Custódio

TÍTULO:

The knowledge of students for the practice of quality management in nursing

TEXTO DEL TRABAJO:

Requirements in the quality of health services have brought challenges and duties in preparing students for quality in nursing. The School has a key role in preparing the future of leadership in nursing, therefore the aim of this correlative study was to identify the knowledge of students of the benchmarks for quality management, knowledge of management practices for quality and the relationship between knowledge and the observation of such practices in clinical training.

Method: 107 students from the 4th year of the Graduate Course in Nursing took part. They were a convenient sample and completed a questionnaire developed there to. Apart from questions about the knowledge of models of quality management and of the benchmarks for the implementation of quality in nursing [1,2], two sets of closed questions of the questionnaire from the review of the literature [3-9] after validation [10,11], resulted in two scales to which were assigned the following names:

- Scale of Knowledge for Quality Management Practices in Nursing (ECPGQE);
- Scale of (observed) Practices of Quality Management in Nursing (EPGQE).

By factor analysis using the condensation method of the principal components and following Kaiser's Rule, 4 factors in ECPGQE were extracted, explaining 62.37% of the total variance: Reference and Instruments, Management of the Therapeutic Environment, Practise Based upon Scientific Evidence, Monitoring and Improvement; and 7 factors in EPGQE, explaining 69.24% of the total variance: Managing Risk, Customer Satisfaction Control, Process Control, Benchmarking, Focusing on People, Involving Customers and Organization of the Process, Information and Analysis.

Results: Data analysis showed that the Code of Ethics and Rules of Practice for the Professional Nurse were the best known benchmarks of nursing, being the Rules of Practice for Performance Evaluation and Quality Standards unknown by 71.03% and 68.22% of students. It became clear that 62.62% of students did not know the Quality Management Models, when 51.40% of students had their traineeship in hospitals that are undergoing an accreditation process.

Students obtained an average positive score ($M = 48.77$, $SD = 7.80$) for the knowledge of the practice of quality management in nursing, when the maximum expected was (85 points) and with differences in average scores of factors. The factor linked to practice based upon scientific evidence was, on average, the most scored ($M = 3.52$, $SD = 0.52$).

During clinical training the frequency of observation of management practices in quality nursing, had an average positive score for the total scale ($M = 64.73$, $SD = 12.28$), for a possible 120 points and with differences in average scores of factors.

The factor linked to client involvement and the organization of the process was, on average, that which scored more ($M = 3.21$, $SD = 0.57$).

Students with more knowledge of the practice of quality management in nursing demonstrated more such practices during the clinical training ($r = 0.89$, $p = \leq 0.01$), but on average, there aren't differences in knowledge of these practices among students who was clinical training in a hospital on accreditation process and those who weren't ($t = 0.195$; $p = 0.846$).

Conclusions:

The data suggest that students self evaluate positively their knowledges for the practice of quality management in nursing and suggest the need for a larger investment in training and the consequent revision of the curriculum of the course. Additionally, they show the need to guide the students to observe and reflect on the practices of quality management during their clinical training and to develop critical thinking skills in the management of care.

BIBLIOGRAFÍA:

1. European Foundation For Quality Management. Introdução à Excelência. Bruxelas: Brussels Representative Office; 2003.
2. The Council of Nurses. Code of Ethics of The Nurse: notes and comments. Lisbon: The council of Nurses, 2003
3. International Council of Nurses. ICN Position Statements. Available from: <http://www.icn.ch/policy.htm>
4. Bengoa R, Kowar R, Key P, Leatherman S, Massoud R, Saturno P. Quality of care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems. World Health Organization; 2006.
5. Li-Min L, Jean-Her W, Ing-Chung H, Kuo-Hung T, et al. Management Development: A study of Nurse Managerial Activities and Skills. Journal of Healthcare Management. 2007; 52 (3):156-69.
6. Maycock B, Hall SE. Bridging the gap: integrating quality management into health promotion practice. Promotion § Education 2005; 12 (1): 7-12.
7. Penz KL, Bassendowski SL. Evidence-Based Nursing in Clinical Practice: implications for Nurse Educators. The Journal of Continuing Education in Nursing. 2006; 37 (6): 250-4.
8. Sidani S, Doran DM, Mitchell PH. A Theory-Driven Approach to Evaluating Quality of Nursing Care. Journal of Nursing Scholarship. 2004; 36 (1): 60-5.
9. Lopes MSOC. The impact of hospital accreditation on critical quality management practices for hospital performance [dissertation]. Lisbon: ISCTE, 2007
10. Hill M M, Hill A. Research by Questionnaire. 2nd ed. Lisbon: Sílabo Editions, 2002.
11. Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales – a prattical guide to development and use. London: Oxford Medical Publications; 1989.

POSTER 140

AUTOR/ES:

Polins, BRG; Belasco, ASG; Barbosa, DA

TÍTULO:

Burnout and Quality of life in nursing professionals in hemodialysis

TEXTO DEL TRABAJO:

1. Objectives: The professionals' daily life today is full of stressing factors, leading to physical and emotional problems reflecting directly in their quality of life. The nursing professionals, due to their daily contact with patients affected by all kinds of illnesses, together with work overload to obtain better wages, little time to stay with their families, among other aspects related to the profession, are particularly susceptible to physical and emotional stresses, sometimes leading to the syndrome of burnout, subject focused in this work, which aims at evaluating the quality of life and the prevalence of such syndrome in nursing professionals, working with patients undergoing dialysis process and dealing with the limitations imposed by the renal illness and expectation of a transplant. The nurses' satisfaction at work, familiar relationships, disposal to perform all kinds of activities, and productivity are some of the essential conditions for their well-being.

2. Methods: Thus, in this study, two instruments were used - Identification, for patients' demographic data raising; Inventory of Burnout (by Maslach and Jackson) translated, adapted and validated by Lautert (1995) with the sub scales: emotional consuming, depersonalization and incompetence, encompassing twenty two items related with feelings about working, to evaluate the syndrome of burnout - and WHOQOL - Bref, consisting of 26 questions: the inventory includes 4 domains: Physical, Psychological, Social Relations and Environment, to get a quality of life profile. It is, thus, an epidemiologist study of the exploratory, descriptive type, with cross sectional delineation on a quantitative approach. Twelve centers of dialysis were randomly selected, the population analyzed was composed by 203 nursing professionals.

3. Findings and Discussion: As a result, it was observed that the professionals taking care of 5 or more patients have 3,5 times more possibility of burnout than the ones responsible for fewer patients; professionals with incomplete university level have 4 times more possibility of burnout than the ones less instructed; professionals unsatisfied with their wages have more than the double of possibility of burnout ; auxiliaries tend to present more emotional consuming burnout than nurses with technical level; the unsatisfied with wages have 4 times more possibility of depersonalization burnout; auxiliaries have more possibility of depersonalization burnout than technicians; professionals with other shifts have more possibility of depersonalization burnout than those working 20 or 30 hours; the possibility of burnout in depersonalization tends to be higher among professionals who exert management positions; professionals with health problems have almost 3 times more possibility of burnout of incompetence than professionals without health problems; assistants = approximately 4 times more possibility than technicians; professionals without children have more than the double of possibility of burnout of incompetence than professional with children. In the 4 domains of the WHOQOL, professionals with burnout of emotional consuming have, in average, worst quality of life than professional without burnout. In depersonalization, the conclusions are the same ones, professionals with burnout have worse quality of life. In incompetence, the difference between professionals with and without burnout was not statistically significant in the environment domain. It becomes evident that a closer attention must be given to the nurses working or not in dialysis, so that they have physical and emotional conditions to provide patients with an optimal quality of assistance. 4. Conclusions: The prevalence of Burnout found in this population was 16.7%. The second degree incomplete, failing to post of leadership, dissatisfaction with salary and use of public transport was significant for the presence of Burnout. There is a high level of Burnout on aspects of emotional wear and education related to dissatisfaction wage; We found a greater chance of Burnout in the level of emotional wear on professionals who serve more than four customers characterizing overload of work in this population; There was no statistical difference i

BIBLIOGRAFÍA:

LAUTERT, L. O desgaste profissional do enfermeiro [dissertação]. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca, 1995.

WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment 1998. Psychol Med n. 28, p. 551-8, 1998.

Polins, B R G; Burnout e qualidade de vida dos profissionais de enfermagem da hemodiálise. [Tese de mestrado]. São Paulo. UNIFESP.2007

POSTER 141

AUTHOR/S:

Maryam Sadat Motahari (MSN) .Maryam Hosainzadeh (MSN) . Islamic Azad University of Lahijan in IRAN.

TITLE:

Comparing the effect of two theaching methods about HIV/AIDS on the students'knowledge and attitude

TEXT:

Objectives:Concern on sexually transmitted disease such as HIV/AIDS has darmatically grown in recent years.Teaching can be a proper strategy to prevention them,because they are often acquired through avoidable and changeable behaviorrs(1).In just 25 years,HIV has spread relentlessly from a few widely scattered "hot spots" to virtually every countryin the world,infection 65 million people and killing 25 million.It is stimated that people aged under 25 years account for half of all new infections.Ensuring young people's access to school or other educational opportunities play a Critical role in HIV prevention efforts(2).Recent studies have indicated that using suitable educational methods has improved knowledge and attitude of the young people about HIV/AIDS(3,4,5,6).The aim of this study was to compare the effect of two educational methods, lecture (using film and pamphlet) and poster, on students' knowledge and attitude about HIV/AIDS.

Methods:This research is a quasi-experimented study.The sample consisted of 160 students of Islamic Azad University of Lahijan from two separately college,chosen using stratified-random sampling and divided into two equal groups of lecture and poster.A questionnaire including three sections with 54 questions (demographic information ,knowledge and attitude) was completed by the subjects in two stages,before and after teaching.Students participating in lecture group attended a 1-hour lecture by researcher(with videotape and pamphlet).For the teaching another group, posters about HIV/AIDS were posted on the bulletin boards of the college.The Independent and paired t-test was used to analyse the data.

Findings:The findings indicated a significant difference between the pre-test and post-test of knowledge scores in both teaching methods($P<0.0001$).The mean of knowledge scores in lecture group improved from 35.18 to 75.7 and in poster group from 35.8 to 48.51 .A significant difference was observed between pre and post test of means of attitude scores for lecture ($P<0.0001$) and poster ($P<0.001$). The mean of attitude scores improved from 17.38 to 27.78 in lecture group and from 15.36 to 18.68 in the poster group. Comparing the two methods, the results showed a significant difference in knowledge ($P<0.0001$) and attitude level in two groups ($P<0.0001$).

Conclusion:The findings showed that most students had poor knowledge and negative attitude toward HIV/AIDS.In similar stidies(6,7,8,9)also have showed young people's knowledge about HIV is limited.It seems that lack of educational programs about HIV/AIDS for youth ,is the main reason of their poor knowledge and attitude.In this study,lecture teaching with videotape and pamphlet increased level knowledge and attitude .In other studies also this matter was found (4,5,6).It also was indicated posters can be effective as a media in improving health, But comparing two methods lecture was more effective that the posters.Posters convey a message quickly and simultaneously to an audience in a variety of sitting and be used to transmit or reinforce information with or without the teacher present (10). Of course we should notice that lecture is one of the teaching methods that can increase the learner's insight and change his attitude through discussion, thought, study etc. But posters are educational materials for rapid convey of the health information that lack the above possibilities and cannot produce the describe effects of the lecture method.In this study a little change was observed in the students' attitude in poster group. It seems that more increase of the students' knowledge in lecture group is the main reason for more promotion in their attitude in comparison with poster group. Many researchers proved that there are is a direct relation between the peoples' knowledge and their attitude toward HIV/AIDS (4,6,7,9).The report strongly suggested that with appropraite education regarding HIV transmission and safe practice,young pepole can prevent HIV infectionand furthermore help to stop the AIDS epidemic(2). As a result, the effective and codified educational programs are proved as based strategies to improve knowledge and attitude of the youth about HIV/AIDS in order to prevent.

BIBLIOGRAPHY:

1. Stanhop M, Lancaster J. Community & public Health nursing. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2005.
2. Comprehensive HIV Prevention [database on the Internet]: 2006 Report on the global AIDS epidemic. C 2006 – [cited 2008 July 15]. Available from: <http://www.dataunaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006-GR-GH06-en.pdf>.
3. Evans AE, Valois P, Goding G. Computer Assisted instruction in HIV prevention. *Jornal of Adolescent Health*. 2000; 26 (4): 244-51.
4. Torabi MR, Crowe JW, Rhine S, Daniel DE, Jeng I. Evaluation of HIV/AIDS education in Russia: using video approach. *Jornal of school Health*. 2000; 70(6): 226-33.
5. Uwakwe CB. Systematized HIV/AIDS education for students nurse at the University of Ibadan. *Jornal of Advanced Nursing*. 2000; 32(2): 416-424.
6. Ergene T, Cok F, Tumer A, Unal S. A controlled – study of preventive effects of peer education a single – section lectures on HIV / AIDS knowledge and attitudes among university students in Turkey. *AIDS Education and Prevention*. 2005; 17 (3): 268-278.
7. Maswania E, Moji k, Aoyagi k, Yahato Y, Kusano Y, Nagata k, et al. knowledge and attitudes toward AIDS among collage students in Nagasaki. *Jornal of Health Education Research*. 2000; 15 (1): 5-11.
8. Hancock T, Blanche IM, Santos A, Guyen H, Nguyen H, Bright D. A comparison of HIV/AIDS knowledge among High school freshman and senior students. *Jornal of community Health*. 1999; 16 (3): 151-163.
9. Yoo H, Lee SH, Kwon BE, Chung S, Kim S . HIV/AIDS knowledge ,attitude,related behaviors,and sources information among Korean adolescents. *Jornal of School Health*. 2005; 75(10): 393-399.
10. Bastable S B. Essentials of patient education. Sudbury: Jones and Bartlett publishers; 2005.

POSTER 142

AUTHOR/S:

Jacinda Wilson, Sonia Hines, Sandy Sacre, Professor Jennifer Abbey
Dementia Collaborative Research Centre – Consumers, Carers and Social Research.
Queensland University of Technology (QUT)

TITLE:

ORAL LIQUID NUTRITIONAL SUPPLEMENTS FOR PEOPLE WITH DEMENTIA IN
RESIDENTIAL AGED CARE FACILITIES: A COMPREHENSIVE SYSTEMATIC REVIEW

TEXT:

1.- Objectives

Oral liquid nutritional supplements (OLNS) are routinely given to residents of aged care facilities (RACFs) who have dementia, however best practice in relation to this has not yet been established. This systematic review investigated the prescription, administration and effectiveness of OLNS for this population. We sought to: 1) identify the factors associated with the prescription and administration of OLNS; 2) assess the effectiveness of administering oral liquid nutritional supplements; 3) identify resident responses to the administration of OLNS; and 4) identify how staff view and manage the administration of OLNS.

2.- Methods

This review considered English-language quantitative, qualitative and opinion papers (1995-2008) that examined the oral administration of liquid nutritional supplements aimed at improving dietary protein and calorie intake in persons with dementia in residential aged care facilities. These were reported as 'sip feeds', formula or liquid food. Studies which investigated vitamin and/or mineral supplements only were not included in this review. A wide range of databases were searched, including, but not limited to, MEDLINE, CINAHL, PubMed, Embase, Ageline, and Dissertations and Theses. Grey literature and websites were also searched. Non-indexed journals were hand-searched. The searches were adapted from the Medline search strategy using the following keywords: dietary supplements, protein energy malnutrition, malnutrition, nutritional status, liquid supplement, nutritional support, liquid nutrition, nutrition therapy, residential facilities, residential aged care, aged care, age specific care, delirium, dementia, amnestic, cognitive disorders. Relevant articles were retrieved and critically appraised by two reviewers using the Joanna Briggs Institute's MASTARI, QARI and NOTARI tools. The same two reviewers then extracted data from articles that met the inclusion and quality criteria, using the MASTARI, QARI and NOTARI extraction tools. Any disagreements between the reviewers were adjudicated by a third reviewer. Due to significant heterogeneity of study designs and interventions results were not meta-analysed, but rather are presented in narrative form.

3.- Findings

From this systematic review it is clear that further research is required into the prescription, administration and effectiveness of OLNS. No definitive evidence of effectiveness for OLNS was found. However, our findings suggest that, if administered with care and the assistance of staff, and prescribed after investigation of the reasons for weight loss and/or poor oral intake, OLNS may play a role in maintaining dietary protein and calorie intake. Consequently, it can be inferred that OLNS may contribute to the promotion of healthy and optimal functioning in persons with dementia who are living in residential aged care.

4.- Discussion (which must include the study's implications for clinical practice)

There does appear to be some evidence that OLNS are being prescribed and administered to persons with dementia in RACFs without investigation into the underlying reasons for poor oral intake, lack of appetite, or unintentional weight loss. There is a very real danger that OLNS are being used as an inexpensive 'Band-Aid' measure in preference to trying to ascertain the reasons behind the resident's condition. Such practices are unlikely to lead to optimal outcomes for residents. More research is needed in this field to address the special needs of persons with dementia.
Implications for clinical practice: investigation of reasons for unintentional weight loss rather than immediate prescription of OLNS; inclusion of family members in decision making regarding use of OLNS; provision of appropriate assistance and encouragement from nursing staff with the consumption of supplements where needed; monitoring of residents' response to supplement intake in terms of weight gain or loss, intake of normal diet, changes in bowel movements, and wastage.

POSTER 149

AUTOR/ES:

Maria da Conceição Pinto Madanelo dos Santos Rôxo

TÍTULO:

: El Doliente con Sida: sus miedos/los miedos de los otros

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción – El SIDA es una de las enfermedades de la edad posmoderna que tanto se relaciona con la técnica de la evolución (sofisticación de estupefacientes) como con la miseria y la pobreza (países en vías de desarrollo) que se extiende incluso entre homosexuales y toxicómanos, aumentando cada vez más entre los heterosexuales. El SIDA es una enfermedad social y su importancia se justifica por el aumento de casos nuevos y su divulgación en categorías sociales a las que no se asocia inicialmente esta enfermedad. Preocupa mucho a los que prestan cuidados (los enfermeros), a los que están aprendiendo a prestar cuidados (los alumnos del oficio de enfermero) y también a la gente enferma (dolientes con HIV/SIDA). Este estudio consiste en una contribución para la comprensión de los miedos posibles que afectan a quien presta el cuidado, a los que aprenden a cuidar y reciben el cuidado. Para entender esto como una corriente, su importancia particular, y porque somos los profesores que enseñan los alumnos de enfermería a cuidar de la gente enferma con HIV/SIDA, entendemos investigar las reacciones de los enfermeros y de los aprendices del oficio de enfermería cuando la gente enferma con esta enfermedad recibe cuidados. Ante estas dudas y reflexiones, nuestro objetivo es saber: cómo es que los enfermeros, como prestadores de cuidados, expresan sus miedos al cuidar de la persona enferma con HIV/SIDA; cómo es que los estudiantes del oficio de enfermería aprenden a expresar sus miedos a estos enfermos; cómo es que estos enfermos expresan o demuestran sus miedos frente a las nuevas situaciones.

Métodos -Se ha entendido seguir una metodología cualitativa que abrogaba el “estudio de casos en la vertiente multicases” como alababa Yin, citado por Lessard- Hebert, Goyette y Boutin (1998), que permite hacer comparaciones, descubrir convergencias entre algunos de los casos en estudio, y no invalidó el estudio profundizado de cada caso. El estudio fue contextualizado en una Unidad de Cuidados a las Personas con Enfermedades Infecciosas, donde los enfermeros cuidan y los aprendices de enfermería aprenden a cuidar de los dolientes con HIV/SIDA Pero, en cuanto al proceso de triangulación de los datos, fue echa una confrontación con estos mismos datos, conseguidos a través de varias técnicas (convergent multiple – methods approach): la observación, la entrevista y aún cuestionarios con preguntas abiertas a enfermeros y alumnos de enfermería.

Resultados -Los resultados evidencian las categorías que juntan lo específico de los miedos. En el grupo de los enfermeros, habían sido identificados los miedos siguientes: los miedos que implican Cuidar, el miedo de infectarse, los miedos debido a la falta de fiabilidad y los miedos en la comunicación. En el grupo de alumnos de enfermería habían sido evidenciados: miedos relativos al saber prestar cuidados; miedo de infectarse; miedo del estigma por cuidar de la persona enferma con HIV/SIDA; la alteración de los miedos a través de la formación práctica y de los miedos según la causa de la enfermedad. Finalmente, en el grupo de dolientes con HIV/SIDA, habían sido identificados los miedos siguientes: miedos en la sensación de sentirse enfermo con HIV/SIDA; miedos que se relacionaron con la integridad física y psíquica; miedos que se relacionaron con las situaciones sociales e interpersonales; miedos que se relacionaron con el personal y miedos de la salud, relacionados con el ambiente del hospital.

Discusión - En la confrontación de los miedos fue posible ver que la relación cuidar – cuidado envuelve personas (enfermero/alumnos del oficio de enfermero - doliente) y es una relación que implica las “demandas” de la comprensión, de afectos de quienes llevan el cuidado frente a quien recibe los cuidados, por tanto “el doliente es primero persona y después doliente”, (Morrison, 2001). Este estudio hizo posible observar que la relación de cuidar es una relación que permite una gran intimidad entre quién cuida y es cuidado, (Maturana, 2000), que desencadena muchos disturbios y, como consecuencia, miedos frente a una realidad como ésta, que es dar cuidados a una persona enferma con HIV/SIDA.

BIBLIOGRAFÍA:

ABÍLIO, A. (2001) - A SIDA, um problema global. Público, 17 de Junho.

ALFERES, V. (1994) - Dos comportamentos sexuais à encenação do sexo: Contributos para uma psicologia social da sexualidade. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Coimbra, tese de doutoramento, não publicada

ANGUERA, M.T. (1999) - Metodología de la observación en las ciencias humanas, 4ª Ed., Madrid. Cátedra.

ARIÈS, F. (2001) - Sobre a História da Morte no Ocidente desde a idade média. 2ª Ed. Lisboa, Teorema.

BARDIN, L. (1991) - Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, Lda.

BOGDAN, R. e BIKLEN, S. (2004) - Investigação Qualitativa em Educação. Porto, Porto Editora.

BYRNE, U.; MURPHY, D. (1993) - Are you preparing future nurses to care for individuals with AIDS. New York.

LESSARD-HERBERT, M.; GOYETTE, G.; BOUTIN, G. (1990) - Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas. Lisboa, Instituto Piaget.

LYOTARD, J.F. (1996) - A Fenomenologia. Ed. Lda 70. Lisboa.

MATURANA, H.; REZEPKA, S.N. (2000) - Família. Contributos da Psicologia e das Ciências da Educação. Formação Humana e Capacitação. Petrópolis: Vozes.

MORRISON, P. (2001) - Para Compreender os Doentes. Ed. Climepsi - Sociedade Médico-Psicológica.

POSTER 151

AUTOR/ES:

Ferrús L, Subirana M, Gutierrez R, Casanovas I, Pallejà L

TÍTULO:

Definición de los futuros escenarios profesionales como consecuencia de la aplicación del Espacio Europeo de Educación Superior y de las

TEXTO DEL TRABAJO:

Objetivos: 1). Disponer de las opiniones y posicionamientos de los diferentes actores presentes en el despliegue de las especialidades oficiales y del título de grado de enfermería para poder definir los posibles escenarios de evolución. 2). Valoración del impacto de la aplicación de la Declaración de Bolonia en lo que respecta a los aspectos más relevantes para la profesión enfermera para poder hacer una buena planificación de las políticas del sistema de salud. 3). Valorar el impacto que podría tener la puesta en marcha de las especialidades oficiales de enfermería en relación con el contenido y la organización del trabajo, los posibles cambios de carácter laboral, y los flujos de transferencias de competencias.

Métodos: En la primera fase, se han llevado a cabo grupos de discusión. En la segunda fase, se ha realizado una encuesta con la finalidad de completar esta información. Primera fase: Participantes: 50 informantes clave con distintos niveles de responsabilidad dentro del sistema sanitario y docente.

Recogida de datos: Se estableció por consenso el guión de temas a tratar y se identificaron los tópicos. Se solicitó el consentimiento oportuno, informando de los objetivos del estudio, de la dinámica del grupo de discusión y garantizando el anonimato y la confidencialidad de la información.

Proceso y método de análisis: El análisis se ha realizado mediante el método de comparación constante. En primer lugar se procedió a la segmentación y catalogación de temas del texto. Después se identificaron los temas clave y se construyeron categorías de análisis provisionales.

Finalmente se compararon, se relacionaron y se nivelaron las categorías agrupándolas en familias.

Aspectos éticos: Se ha solicitado consentimiento informado por escrito. Segunda fase:

Participantes: Muestra representativa de profesionales médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud público de Cataluña. El tamaño de la muestra ha sido de 1061 cuestionarios distribuidos entre los diferentes estratos (ámbitos sanitarios y grupos profesionales).

Recogida de datos: Se elaboró un cuestionario semi-estructurado y auto-administrado. Se diseñaron 3 tipos de encuestas, con el mismo contenido pero dirigidas de forma específica a cada colectivo profesional (médicos, enfermeras y auxiliares). Se designó un coordinador para el trabajo de campo en cada centro sanitario. La encuesta fue entregada en soporte papel y la recopilación se realizó en un sobre cerrado para garantizar el anonimato. Antes de la entrada de datos y del tratamiento estadístico las encuestas fueron validadas.

Proceso y método de análisis: Técnicas descriptivas univariantes y bivariantes para resumir las principales características que definen los tres colectivos profesionales y análisis de la variabilidad de las valoraciones aportadas por los tres colectivos profesionales (ANOVA). **Aspectos éticos:** Se ha garantizado el anonimato de la persona encuestada.

Resultados: Se han llevado a cabo cuatro grupos de discusión y el total de participantes ha sido de 47 personas. **Aspectos críticos de la situación actual:** Distancia entre "el mundo académico y el laboral"; sistema sanitario insostenible; polivalencia; asignatura pendiente el trabajo en equipo.

Aspectos positivos del cambio de formación y perfil profesional enfermero: El proceso de desarrollo (ATS-Grado); la unificación con Europa; el cambio en el modelo pedagógico. En la encuesta han participado 50 centros y se han distribuido 1061 cuestionarios, con un nivel de respuesta total del 93,6%. Edad: 45,2 médicos (M); 42,3 enfermeras (E); 43,3 auxiliares (A). Años trabajados: 20,1 M; 19,4 E; 19,1 A. 88% conocimiento bajo título de grado (80% E). 82% conocimiento bajo decreto especialidades (64% E). Posibles cambios: aumento del reconocimiento social y de la autonomía profesional. Nuevas funciones: triaje, dirección de proyectos de investigación.

Discusión: Se observa un reconocimiento explícito de los aspectos positivos del cambio y una actitud crítica hacia algunas de las prácticas comunes del sistema sanitario y de las propias organizaciones. En el futuro escenario se podrán producir trasvases de competencias que tendrían repercusión en la práctica asistencial.

BIBLIOGRAFÍA:

- Comunicado de Londres, 18 de Mayo 2007. [Acceso en noviembre de 2007]. Disponible en: <http://www.eees.ua.es/documentos.htm>.
- Comunicado de Praga, 19 de Mayo de 2001. [Acceso en noviembre de 2007]. Disponible en: <http://www.eees.ua.es/documentos.htm>.
- Declaración de Bergen, 19-20 de Mayo de 2005. [Acceso en noviembre de 2007]. Disponible en: <http://www.eees.ua.es/documentos.htm>.
- Declaración de Berlín, 19 de Septiembre de 2003. [Acceso en noviembre de 2007]. Disponible en: <http://www.eees.ua.es/documentos.htm>.
- Declaración de Bolonia, 19 de Junio de 1999. [Acceso en noviembre de 2007]. Disponible en: <http://www.eees.ua.es/documentos.htm>.
- Declaración de La Sorbona, 25 de Mayo de 1998. [Acceso en noviembre de 2007]. Disponible en: <http://www.eees.ua.es/documentos.htm>.
- Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. Toward a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research* 2007;1(2):112-133.
- Krippendorff, Klaus (2004). *Content analysis: An introduction to its methodology* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Ley 14/1970 de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa. [Acceso en noviembre de 2007]. Disponible en: <http://www.mec.es/universidades/legislacion/files/ley-14-70.pdf>
- Melia K. Conducting an interview. *Nurse Res* 2000;7(4):75-89.
- Morgan DL. Practical Strategies for Combining Qualitative and Quantitative Methods: Applications to Health Research. *Qual Health Res* 1998;8(3):362-76.
- Real decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. [Acceso en noviembre de 2007]. Disponible en: <http://www.boe.es>
- Rose K. Unstructured and semi-structured interviewing. *Nurs Res* 1994;1(3):23-33.

POSTER 152

AUTOR/ES:

M. CAL; I. OUTON; M. OTERO; M^a J. GOYANES

TÍTULO:

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES QUEMADOS DURANTE 2001 -2003

TEXTO DEL TRABAJO:

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES QUEMADOS DURANTE 2001 -2003
OBJETIVO:
Conocer y analizar las características de los pacientes ingresados en la unidad de quemados del C.H.U. Juan Canalejo de (A Coruña.)

MATERIAL Y MÉTODOS.

Ámbito: Unidad de quemados del C.H.U. Juan Canalejo (A Coruña)

Periodo: Desde Enero 2001 hasta diciembre 2003.

Muestra: Se incluyeron todos los pacientes que sufrieron quemaduras y tuvieron que ser ingresados en la unidad de quemados (n= 294).

Criterio de inclusión: Se incluirán todos los pacientes que sufrieron quemaduras y están ingresados en la unidad de quemados.

RESULTADOS: La media de la edad de los pacientes atendidos fue de 39 años con un rango entre (1- 97) años. El 65% fueron varones y el 35% mujeres. El accidente doméstico, es el más frecuente con el 56% de los ingresos seguido de los accidentes laborales. La mayor parte de los accidentes se producen en la zona rural el 78,4% y el tipo de quemadura más frecuente es dérmica superficial 61,1%.La estancia media es de 15,3 días. De los pacientes sometidos a estudio el 56,5% sufren intervenciones quirúrgicas, y el 12% de estos pacientes sufren infecciones por Pseudomonas aeruginosa y stafilococo aislados dichos gérmenes en hemocultivo. Precisan respiración asistida el 8,8% de estos pacientes.

CONCLUSIONES: durante el estudio pudimos observar que hay un mayor número de quemaduras en los varones y en su trabajo habitual, por el contrario las mujeres sufren más accidentes domésticos. Resaltamos la alta frecuencia de quemaduras en los MM.II.

Podemos considerar que el presente trabajo nos acercó hacia el mejor conocimiento de los pacientes ingresados con quemaduras, así como a obtener un mejor conocimiento de los factores de riesgo con relación a la quemadura, de gran interés para mejorar la evolución del paciente quemado.

BIBLIOGRAFÍA:

Cirugía Plástica Ibero-latinoamericana. Vol XVIII.Núm.3 Julio-Agosto-Septiembre 1992. 291-301
revista de SALUD PÚBLICA de Castilla y león. vol 1 - Núm 2, 1987

POSTER 154

AUTOR/ES:

Carla Maria Silva, Maria do Céu Barbiéri

TÍTULO:

Ser cuidador de un niño con cancer. Un enfoque sobre la persona.

TEXTO DEL TRABAJO:

Objetivo: Conocer la persona que vive la experiencia de ser cuidador de un niño con cáncer.

Método: El diagnóstico de cáncer en un niño es siempre un acontecimiento inesperado y devastador para las personas que viven próximas al menor de edad. Vivir esta situación representa un largo recorrido, con diversos obstáculos y un resultado impredecible. El niño enfermo es la prioridad y la nueva centralidad de la vida (1). Es importante conocer la persona que cuida y que experimenta este proceso multidimensional y complejo. Este fue el punto de partida para el desarrollo de un estudio, de naturaleza exploratoria, con el fin de profundizar el conocimiento sobre la persona que asume la responsabilidad de cuidar un niño con cáncer, desde su propio testimonio (2). En la selección de los participantes, se establecieron tres criterios de inclusión: ser el cuidador de un niño con cáncer; el niño estar en fase activa de tratamiento y que no haya ocurrido ninguna recaída. La construcción de la muestra fue intencional, con el objetivo de obtener las mejores experiencias y de comprender la variación del fenómeno (3, 4). Se realizaron entrevistas semi-estructuradas, en las que participaran diecisiete personas. El examen de los datos se realizó mediante el análisis de contenido utilizando el NVivo. El objetivo era retirar el discurso del contexto de producción y, por inferencia, la búsqueda de su verdadero sentido (5, 6).

Resultados: Del análisis de los datos surgieron cuatro categorías: el encuentro con la enfermedad; conocer la enfermedad: la búsqueda de un significado; vivir con la enfermedad: la búsqueda de un dominio y reconstruir la identidad: un proceso de perfeccionamiento. En el "encuentro con la enfermedad" la persona revela como la comunicación del diagnóstico de cancer en un niño es experimentado como un acontecimiento inesperado y arrasador. La mujer-madre es la persona que, en la mayoría de los casos, asume la responsabilidad de cuidar del hijo a tiempo completo. Suspende todas sus actividades y se dedicará exclusivamente a cuidar de él. El siguiente momento, "conocer la enfermedad", es dominado por la necesidad de encontrar una justificación para el acontecimiento. Para la persona que cuida es importante atribuir un significado porque le permite desarrollar un sentimiento de control sobre la situación. Ahora, "vivir con la enfermedad", la mujer asume que su misión es estar con el hijo y sufrir con él. La separación física del niño es siempre vivida con angustia por temor a perderlo en cualquier momento. Reconoce que se trata de una situación exigente y admite un "cansancio psicológico". Pero se siente obligada a ser capaz de responder a todas las solicitudes, sin tener que depender del apoyo de familiares o amigos. El miedo es el sentimiento dominante: el miedo de perder el niño, el miedo de que el tratamiento fracase, el miedo a la recaída, el miedo de las consecuencias de la enfermedad, el miedo de nunca más ser feliz. Vivir esta experiencia puede tener como consecuencia "reconstruir la identidad". Las personas dicen haber experimentado cambios en su personalidad, en su relación con los niños y con el marido, en las prioridades del día a día y como perspektivan el mundo. Cuando la enfermedad empieza a estabilizarse, y el niño a recuperarse, su deseo es de regresar a la normalidad, para recuperar una vida interrumpida y volver a hacer proyectos.

Discusión: La mayoría de los estudios ya realizados querían producir conocimiento sobre un determinado aspecto de la vida. Considerar a la persona a través de su papel como padre o cuidador del niño parece ser reduccionista y fragmentador. Es una experiencia de vida que puede requerir la redefinición de su identidad. Sin embargo, algunos resultados son compartidos con otros trabajos realizados. Tales como el impacto del diagnóstico en la persona, el proceso de adaptación, las dificultades diarias y sentimientos. El valor añadido de este enfoque fue, con los resultados, ser posible reconstruir una biografía narrativa de la persona a vivir sus experiencias. La enfermera necesita conocer la persona y comprender la importancia que concede a sus experiencias de vida. El objetivo es ayudar a dar sentido a lo que es vivido (7).

BIBLIOGRAFÍA:

1. Silva S, Pires A, Gonçalves M, Moura MJ. Cancro Infantil e Comportamento Parental. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2002;3(1):43 - 60.
2. Streubert H, Carpenter D. *Investigação Qualitativa em Enfermagem*. 2ª ed. Loures: Lusociência; 2002.
3. Bogdan R, Biklens S. *Investigação qualitativa em educação – uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora; 1994.
4. Fortin M-F. *O Processo de Investigação, da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência; 1999.
5. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
6. Vala J. *Análise de Conteúdo*. In: Silva A, Pinto J, editors. *Metodologia das Ciências Sociais*. 6ª ed. Porto: Edições Afrontamento; 1986. p. 101-28.
7. Zagonel IPS. O cuidado Humano Transicional na Trajectória da Enfermagem *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 1999;7(3):25-32.

POSTER 156

AUTOR/ES: González García N., De la Torre Luceño S., Barrera Uriarte M.L., García Olivè M., Valdivieso López E., Muniain Diaz del Cerio M. del P.

TÍTULO: CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES DEMANDANTES DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

TEXTO DEL TRABAJO: OBJETIVOS: 1-Conocer las características de las mujeres que solicitan Anticoncepción de Emergencia (ACE) en el ABS Torreforta-La Granja (Tarragona). 2-Conseguir una mejora del registro en la Historia del paciente, así como el protocolo de información para el "Servei Català de la Salut". 3-Establecer un programa de educación dirigido a las mujeres que cumplan el perfil observado en el estudio. METODO: Ámbito: Atención Primaria. Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo mediante una revisión de las Históricas Clínicas a través del programa e-Cap de las mujeres de edades comprendidas entre 14-50 años que fueron visitadas en las diferentes Consultas de Urgencias, en el periodo de enero a abril de 2008 en esta ABS de ámbito urbano situada en un barrio de la periferia de la ciudad de Tarragona, con un nivel socio-económico bajo y con fuerte impacto por la inmigración y que atiende a una población de 41.000 habitantes. Variables : edad, país de procedencia, fecha de consulta, día de la semana de la relación de riesgo, motivo de la consulta, fecha de la última regla, demandas anteriores de ACE, tiempo des de la última demanda, número de horas transcurridas des de el coito de riesgo, existencia de etiqueta de registro y número de Historia Clínica. Instrumento: Historias clínicas informatizadas. e-Cap. Análisis de datos: Se realizan mediante el programa estadístico SPSS 15.0 RESULTADOS: N= 151 pacientes, de las cuales 127 eran de nacionalidad española y 24 de diferentes nacionalidades. Un 37,74% de las demandantes tienen entre 15 y 20 años, un 23,84% entre 21 y 25, un 18,54% entre 26 y 30 y un 19,85% son mayores de 31 años. El motivo de consulta no consta en un 56,95%, el motivo prevalente fue el accidente del método anticonceptivo habitual en un 35,09% de los casos, frente a un 7,94% que referían la no utilización de método anticonceptivo. En 61 de las pacientes estudiadas no existen datos sobre el día de la relación, siendo el sábado el día de mayor prevalencia. El 52,31 % de las mujeres estudiadas era la primera vez que solicitaban la ACE, el 47,68% la habían demandado anteriormente y el 25,82% la habían solicitado en más de 2 ocasiones. En el 86,75% de los casos se administró la ACE, aunque solo constaba el protocolo de información para el "Servei Català de la Salut" en un 68,21% y sólo un 9,9% fue derivado a su centro de referencia, Medico de Atención Primaria (MAP), Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (PASSIR), o Hospital de referencia. De las 151 pacientes estudiadas, el 25,82% no pertenecían a éste centro estudiado. En el 45,03% de los casos, no consta el número de horas transcurridas des de el coito de riesgo. De los datos que disponemos, el 74,7% de las mujeres estudiadas acudió al centro dentro de las 1as primeras 24h, el 20'48% lo hizo entre las 24 y las 72h y sólo un 3,6% acudió pasadas las 72h. DISCUSIÓN: El perfil de la solicitante es una mujer de nacionalidad española, con edad comprendida entre los 15 y los 20 años, que acude por primera vez a solicitar la ACE por rotura del preservativo, dentro de las 24 primeras horas. Destacamos el alto porcentaje de jóvenes y mujeres que no utilizan ningún método anticonceptivo, así como un 25% de mujeres que han solicitado este tratamiento en más de dos ocasiones , lo cuál nos indica la necesidad de insistir en la educación sanitaria, la necesidad de informar sistemáticamente con el objetivo de disminuir este porcentaje y el número de casos que se atienden por este motivo. Además hemos evidenciado una deficiente recogida de información por parte del profesional, así como un infra-registro del protocolo de información para el "Servei Català de la Salut". Se han planificado sesiones clínicas con el equipo de Atención Primaria para informar: como registrar la actividad en el programa informatico e-Cap y explicar el protocolo de actuación ante la demanda de ACE. Dar consejo breve en el momento de la demanda y citación con enfermera de referencia para realizar educación sanitaria. I

BIBLIOGRAFÍA:

1) Luis Pineda R, "Contracepción de emergencia" Un mal llamado metodo contraceptivo. Cuadernosde bioetica. 2001; XXII (45): 173-93.2) Gallego Carnicer J, Sancez Collado M. P. Intercepción Postcoital. Rol Enf. 2001; 24(4): 61-63.3) Torres Penella, Vilaplana Mora D, Sáez Cárdenas S, Martínez Orduña M. Intercepción postcoitaly uso de anticonceptivos en la población joven. Metas de Enfermería. 2005; 8(6): 27-32.4) Boixadera Vendrell M, Chueca Malo R, García Mani S, Sierra Pujante S. La contracepción de emergencia. Metas de Enfermería. 2004; 6(10): 49-52.5) www.gencat.net/ics/

POSTER 158

AUTOR/ES:

Amor Aradilla Herrero y Joaquín Tomás-Sábado
Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat
amor.aradilla@cesc.es

TÍTULO:

Hábito tabáquico, ansiedad ante la muerte y riesgo suicida en estudiantes de enfermería

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción

Los profesionales sanitarios constituyen el grupo social con mayor capacidad para influir, positiva o negativamente en la prevalencia del hábito tabáquico de la comunidad. En este sentido, presenta un especial interés el estudio del tabaquismo y factores psicológicos asociados en estudiantes que se están formando para ejercer en el futuro como agentes de salud.

Los objetivos de este trabajo fueron evaluar la prevalencia de hábito tabáquico y sus relaciones con la ansiedad ante la muerte, ansiedad general, depresión y riesgo suicida, en una muestra de estudiantes de enfermería.

Métodos

a. Sujetos. Participaron en el estudio 173 estudiantes de enfermería, 137 mujeres y 36 hombres, con una edad media de 21,05 (DT = 3,91) y un rango de 18 a 37 años

b. Instrumentos. Los estudiantes contestaron un cuestionario que contenía, además de los datos sobre edad, sexo y hábito tabáquico, las formas españolas de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS), El Inventario de Ansiedad ante la Muerte (DAI), la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (SDS) y la subescala rasgo del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI-T).

c. Procedimiento. Estudio de diseño observacional, transversal, correlacional. Los estudiantes respondieron al cuestionario de forma voluntaria, garantizándose el anonimato y la confidencialidad. Los datos fueron tabulados y analizados mediante el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows.

Resultados.

Del total de 173 estudiantes, 54 (31,2%) se declararon fumadores en distinto grado, con una media de consumo de 9,7 cigarrillos diarios. La prueba t de Student para muestras independientes dio como resultado diferencias estadísticamente significativas entre fumadores y no fumadores en las puntuaciones de ansiedad ante la muerte ($p < 0,05$), con puntuaciones significativamente menores en los fumadores; y riesgo suicida ($p < 0,05$), con puntuaciones significativamente superiores en los fumadores. Las diferencias en depresión y ansiedad resultaron no significativas.

Discusión.

Aunque no existen datos de estudios realizados sobre el tema en nuestro país, los resultados obtenidos están en la misma línea que los obtenidos en otros países mediante estudios realizados con estudiantes y profesionales de la salud, donde se ha encontrado una correlación positiva entre tabaquismo y suicidio o riesgo suicida. No obstante, la mayoría de estos estudios encuentran también asociación entre tabaquismo y depresión, lo que no aparece en nuestro trabajo. El hecho de que los estudiantes fumadores manifiesten menos ansiedad ante la muerte, puede explicarse a la luz de la teoría adaptativa que afirma que aquellas personas con bajos niveles de ansiedad ante la muerte, pueden manifestar menos interés por cuidar de su propia salud o ser más proclives a conductas que ponen en peligro la propia vida. Aunque parece improbable que el tabaco desempeñe un papel causal directo en el suicidio, lo cierto es que estos resultados ponen en relación dos de los problemas actuales de la sanidad pública que constituyen causas de un importante número de muertes prematuras.

BIBLIOGRAFÍA:

- [1] Prat A, Fuentes MM, Sanz P, Canela R, Canela J, Pardell H, et al. Epidemiología del tabaquismo en los estudiantes de ciencias de la salud. *Rev Saúde Pública*. 1994;28:100-6.
- [2] Hawton K, Visliser L. Suicide in nurses. *Suicide Life Threat Behav*. 1999;29:86-95.
- [3] Hemenway D, Solnick SJ, Colditz GA. Smoking and suicide among nurses. *Am J Public Health*. 1993;83:249-51.
- [4] Feskanich D, Hastrup JL, Marshall JR, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC, et al. Stress and suicide in the Nurses' Health Study. *J Epidemiol Community Health*. 2002;56:95-8.
- [5] Plutchik R, Van Praag H, Conte HR, Picard S. Correlates of suicide and violence risk, I: The suicide risk measure. *Compr Psychiatry*. 1989;30:296-302.
- [6] Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, de Graaf R, Asmundson GJ, ten Have M, et al. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:1249-57.
- [7] Sareen J, Houlihan T, Cox BJ, Asmundson GJ. Anxiety disorders associated with suicidal ideation and suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *J Nerv Ment Dis*. 2005;193:450-4.
- [8] Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Valoración del riesgo suicida en una muestra de estudiantes de enfermería. 2008 [cited 2008 febrero, 12]; Available from: <http://www.psiquiatria.com/imprimir.ats?34355>
- [9] Weinberg A, Creed F. Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *Lancet*. 2000;355:533-7.
- [10] Zung W. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1965(12):63-70.

POSTER 159

AUTOR/ES:

Péculo Carrasco JA, Rodríguez Ruiz HJ, Casal Sánchez MM, Baena Gallardo C, García Pelayo JA, Rodríguez Aguado OO.

TÍTULO:

VALIDACIÓN DE UNA ESCALA DE SEGURIDAD PERCIBIDA POR PACIENTES ASISTIDOS POR EQUIPOS DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

TEXTO DEL TRABAJO:

Este proyecto de investigación ha sido aprobado por el Fondo de Investigación Sanitaria, del Instituto de Salud Carlos III (nº exp. PI070680).

La “Estrategia para la Seguridad del Paciente” persigue incrementar la seguridad como componente crítico de la calidad, facilitando la participación y decisión de los ciudadanos, y su transición como elemento pasivo a elemento activo que contribuye a minimizar sus propios riesgos. La percepción de calidad ha sido ampliamente estudiada y se considera que viene condicionada por múltiples factores, y sobre todo por las expectativas que sobre el servicio tenga cada usuario. Pero, en el ámbito de la seguridad, la percepción de los usuarios ha sido poco explorada. Con esta perspectiva el equipo investigador se dispuso a relacionar, ya en 2005, la percepción de seguridad con variables relacionadas con la asistencia extrahospitalaria, como indicador de calidad asistencial complementario a los sistemas de información de Eventos Adversos. Se concluía que la presencia y asistencia de un equipo de emergencias durante el traslado o la transferencia en el hospital multiplicaban por 10 la probabilidad de que el paciente se sintiera seguro. Esta escala contaba con una razonable validez de contenido, pero no había sido validada. OBJETIVOS. Diseñar y validar una herramienta para medir la seguridad percibida por los pacientes que son trasladados a hospital tras demandar asistencia sanitaria urgente a través de la línea telefónica “061”. Evaluar la validez de “seguridad percibida” como indicador de la calidad asistencial relacionado con la seguridad del paciente, para posibilitar su inclusión en benchmarking de servicios sanitarios. MATERIAL Y MÉTODO. Estudio multicéntrico, observacional descriptivo, de corte transversal, de validación de una escala administrada mediante entrevista telefónica. El proceso de creación de la nueva herramienta se sustentará en tres pilares fundamentales: 1.- el conocimiento sobre percepción de seguridad, mediante la revisión de la bibliografía, 2.- la experiencia de los familiares de pacientes asistido y/o trasladados a hospital tras demandar asistencia sanitaria urgente, mediante la participación en grupos focales, y 3.- la aportación de los profesionales expertos en urgencias y emergencias extrahospitalarias, mediante la participación en grupos focales. Serán sujetos de estudio los pacientes que son trasladados al hospital de referencia tras demandar asistencia sanitaria urgente a través de la línea telefónica “061”. Participarán los ocho servicios provinciales en Andalucía de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Se estima un tamaño muestral de 615 sujetos, incluyendo pérdidas. Para cada Servicio Provincial 061 utilizaremos un muestreo aleatorio estratificado que nos asegure la representación, en la muestra, de los distintos tipos de asistencia y traslado que aparecen en las asistencias extrahospitalarias. Los estratos serán, por tanto, los grupos de pacientes que son asistidos y trasladados por equipos de emergencias, asistidos por equipos de emergencias y trasladados por ambulancias sin personal sanitario, o bien pacientes que sólo son trasladados por ambulancias sin personal sanitario. Además de los criterios básicos de validación del cuestionario (frecuencia de endose y capacidad de discriminación entre grupos) se realizará una evaluación de validez y fiabilidad. Se evaluará la validez de la herramienta atendiendo a dos de sus dimensiones: validez de contenido y validez de constructo o concepto. La evaluación de la fiabilidad del cuestionario se basará en la estabilidad y la homogeneidad. RESULTADOS. Hasta la fecha se han realizado los grupos focales con pacientes asistidos y con los profesionales involucrados en las urgencias y emergencias extrahospitalarias. DISCUSIÓN. La cuantificación de eventos adversos no debería constituirse como único indicador de la Seguridad del Paciente durante el proceso asistencial. Encontrar una herramienta que cuantifique la Seguridad Percibida, en este caso por el propio paciente de la asistencia y/o traslado, posibilita la investigación de factores que modifican esta percepción, fomentando aquéllos que la aumentan y eliminando los que la disminuyen.

BIBLIOGRAFÍA:

- [1] Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 Informe. Febrero 2006 © Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. Centro de publicaciones
- [2] Estrategia en seguridad del paciente. Recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005. Ministerio De Sanidad Y Consumo. Secretaría Genera De Sanidad. Agencia De Calidad Del Sistema Nacional De Salud
- [3] World Alliance for Patient Safety: forward programme. 2005 World Health Organization ISBN 92 4 159244 3 (NLM classification: W 84.7)
- [4] Estrategia para la seguridad del paciente. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 2006.
- [5] JACAHO Bibliografía: Failure Mode and Effects Analysis. <http://www.jcaho.org/accredited+organizations/patients+safety/fmeca/failure+mode+and+effects+analysis.htm>
- [6] Torres L, Morales JM, Rodríguez S, Castillo JI. Estimación de la incidencia de respuestas humanas en el paciente crítico. *Tempus Vitalis*, 2002; 2(2).
- [7] Astolfo MD. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. *Revista Colombiana Médica*, vol. 36, Num. 2, 2005, pp. 130-133.
- [8] AHRQ Quality Indicators – Guide to Patient Safety Indicators. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2003. Version 2.1, Revision 3, (January 17, 2005). AHRQ Pub.03-R203
- [9] Duarte G, Aguirre-Jaime A. Enfermera amable, paciente satisfecho. Validación de una nueva escala de la satisfacción de los usuarios. *Enfermería clínica*, 2003, 13(1): 7-15.
- [10] Alonso E, Pozo C, Martínez JJ. Percepción de riesgo: una aproximación psicosocial al ámbito laboral. *Revista del INSHT*, 2002, nº 18, pp. 16-20.
- [11] Péculo Carrasco, JA; Rodríguez Bouza, M; Jiménez Cordero, JP; Rodríguez Ruíz, HJ; Mendoza Corro, MA; Gómez Escorza, J. Seguridad Percibida En Pacientes Traslados En Ambulancia Tras Demandar Asistencia Sanitaria Urgente. *TEMPUS VITALIS* 2006; 6(1): 21-22.

POSTER 160

AUTOR/ES:

Reyes Bautista, JR*; Robledo Cárdenas*, FJ; Merino Casto, M*; Pérez Rabadán, N** (* EGC, ** Informático)

TÍTULO:

ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS DEL HOSPITAL DE RIOTINTO: EFECTIVIDAD DURANTE EL PRIMER CUATRIMESTRE DE 2008

TEXTO DEL TRABAJO:

Introducción: Los cambios sociodemográficos sufridos por la sociedad andaluza actual han supuesto un aumento significativo de las personas que padecen síndrome socio-sanitario (1). A raíz del Decreto 137/2002 de Apoyo a las familias Andaluzas (2) surgen las figuras de los Enfermeros Gestores de Casos (EGC) comunitarios y Hospitalarios, empezando su labor en nuestro hospital en 2004. En la Conferencia Europea "Building a European Nursing Research Strategy" se establecen los Resultados en Salud como una de las prioridades en investigación enfermera (3). Para cumplir este objetivo se crea la base de datos Shifra. **Objetivos:** a) Descripción de los pacientes atendidos por los Enfermeros Gestores de Casos y b) Conocer la efectividad de la actuación de las EGC en aquellos pacientes que presenten diagnóstico enfermero (dx) según el prisma hendersoniano.

Metodología: Diseño: Se diferencian dos partes, una primera, meramente descriptiva de las características de los pacientes y una segunda parte en la que se realiza un estudio cuasiexperimental analizando las diferencias en la puntuación de los criterios de resultados (CR) de la NOC antes y después de la intervención de las EGC. Población diana: Todos los pacientes cuyo caso fue finalizado durante el período de tiempo comprendido entre el 1-1-08 y el 31/03/08 (ambos inclusive). Criterio de exclusión: paciente en gestión de casos durante el periodo de estudio que no fue finalizado durante el mismo. **Variables:** a) Sociodemográficas: edad, sexo. b) Independiente: gestión de casos(4) (intervenciones NIC empleadas por los EGC). c) Dependiente: Diagnósticos de enfermería y d) Confundentes o modificadoras del efecto: nivel de dependencia (Barthel), deterioro cognitivo (pfeiffer), Riesgo de UPP (Braden), unidad de captación, fuente de captación. Recogida y análisis de los datos: El instrumento de medida utilizado ha sido la NOC con sus diferentes CR de inicio y finales. Se utilizó para la recogida de los datos el programa informático Shifra, creado a tal efecto. Los datos fueron procesados mediante el programa informático SSPS 15.0 para Windows.

Resultados: Se finalizaron un total de 374 casos, de los cuales 92 presentaron dx. Media de edad de 69.56 años, proporción de hombres del 56%, el 76.3% presentaban algún tipo de dependencia, y el 57'55% presentaban riesgo de UPP, no encontrándose en ningún caso diferencias entre los pacientes que presentaban dx y los que no. El 74'05% de los pacientes que no presentaron dx tuvieron un Pfeiffer >4 frente al 52'58% de los que sí presentaron dx ($\chi^2=22'578$ y $p = 0'000$). La principal fuente de captación fue la enfermera referente en ambos grupos (37%) seguida por la supervisora (30'4%). El 22.7% de los pacientes fueron captados en la unidad de Cirugía, las unidades en que menos pacientes se captaron fueron maternidad y pediatría con un 1.4%. El dx más empleado fue el 00126-Conoc. Deficientes (49% de los casos). El CR más empleado fue el 180302-Descripción del proceso de la enfermedad (27.2%). El 85'20 % de las puntuaciones finales de los CR fueron mayores que las iniciales. En el 66.044% de las ocasiones el dx quedó resuelto antes del alta. En ningún caso la puntuación final fue inferior a la inicial. El grupo de intervenciones más utilizadas fue el de las enseñanzas (56'2% de los casos)

Conclusión: A la luz de los resultados obtenidos podemos afirmar que la gestión de casos se muestra como una herramienta efectiva con un porcentaje de mejora en los dx del 85.20% de los casos. En ningún caso la actuación de estas enfermeras resultó perjudicial para el paciente. Tanto el CR como el grupo de intervenciones más utilizado coinciden con el dx más empleado.

Discusión: Aunque no hemos encontrado bibliografía previa que utilice los CR de la NOC como instrumento de medida, y a pesar de su escasa validación, dado que la NOC está reconocida a nivel internacional, consideramos que se trata de un instrumento de medida útil que nos permite cuantificar la evolución de las respuestas humanas y por tanto la actuación de las enfermeras en este campo, aportando nuestro estudio un granito de arena en el camino de la legitimación de nuestro propio lenguaje y nuestras propias herramientas.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Castaño C, Cossent L, Martínez C. El síndrome socio-sanitario. Estrategias de intervención ante un problema nuevo de salud pública. Rev Esp Salud Pública 1994; 68: 261-6.
2. Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas. BOJA nº 52 de 4 de mayo de 2002
3. Instituto de Salud Carlos III: Buiding a European Nursing Research jStrategy. Final Report. Madrid 1999: 57-58.
4. Servicio Andaluz de Salud. Manual de Enfermería de Enlace Hospitalaria. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en cuidados, septiembre de 2006..

POSTER 163

AUTOR/ES:

Miriam García Vázquez y M^a rafaela Sanz Artigas
Diplomadas Universitarias en Enfermería. Técnicos de Administración Sanitaria de la Subdirección Provincial de Salud Pública de Zaragoza

TÍTULO:

EL PESO DE LA INMIGRACIÓN EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS DE TUBERCULOSIS EN ZARAGOZA EN 2005 Y 2006

TEXTO DEL TRABAJO:

Con este estudio tratamos de determinar la evolución de los casos de tuberculosis en la provincia de Zaragoza en los años 2005 y 2006 en cuanto a la procedencia de los pacientes, y de detectar diferencias en los resultados de tratamiento en pacientes españoles y extranjeros con y sin factores de riesgo de abandono del tratamiento detectados.

La población del estudio incluye a todos los pacientes a los que se realizó seguimiento de tratamiento en la Unidad de Tuberculosis de la Subdirección Provincial de Salud Pública de Zaragoza en los años 2005 y 2006 y que son los todos los declarados al sistema EDO, más algunos procedentes de traslados de otras Comunidades Autónomas. Los datos para el seguimiento se obtienen de las Historias Clínicas hospitalarias y de Centros de Especialidades de la provincia.

Se realizó un estudio descriptivo.

Se halló que los pacientes extranjeros constituyen un porcentaje cada vez mayor de los pacientes de tuberculosis declarados en Zaragoza, 31% en 2005, 31.3% en 2006 y 45% en 2007.

Así mismo se determinó que los índices de abandono de tratamiento son superiores en la población extranjera sin factores de riesgo de abandono llegando aun 16% tanto en 2005 como en 2006 frente aun 2% y 0 en pacientes españoles en la misma categoría en 2005 y 2006 respectivamente.

En los pacientes con factores de riesgo de abandono del tratamiento el porcentaje de abandonos es mayor en pacientes extranjeros 26% y 16 % frente a 15% y 12% en población española para los años 2005 y 2006, aunque la diferencia es menor.

El porcentaje de pacientes españoles sin factores de riesgo de abandono que finalizaron su tratamiento en 2005 fue del 78% y del 75% en 2006, cifra a la que hay que añadir un 18% y 14% respectivamente de fallecimientos durante el tratamiento. En pacientes extranjeros sin factores de riesgo de abandono un 65% de finalizaciones y ningún fallecimiento de produjeron en 2005 y un 78% de finalizaciones y un 3% de fallecimientos se produjeron en 2006.

Puede constatarse un aumento de los casos de tuberculosis en población extranjera en la provincia de Zaragoza en la que se han producido importantes cambios sociodemográficos en los últimos años.

Factores como la precariedad laboral, dificultad de acceso al sistema sanitario y diferencias culturales con respecto a la enfermedad que se dan en la población inmigrante pueden tener una influencia en el mayor índice de abandonos de tratamiento en este grupo de población, incluso cuando no pueden objetivarse factores de riesgo de abandono del tratamiento.

El control de la tuberculosis requiere de un alto grado de cumplimiento de los tratamientos prescritos.

Es necesario diseñar estrategias que permitan mejorar el cumplimiento de los tratamientos dirigidas específicamente a la población inmigrante para mejorar los porcentajes de finalización del tratamiento en este colectivo, y de ese modo mejorar el control sobre la tuberculosis en Zaragoza.

r

BIBLIOGRAFÍA:

- Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona. Documento de Consenso sobre la Prevención y Control de la Tuberculosis en España.12/03/1999
- Grupo de Estudio del Taller de 1999 de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona. Documento de Consenso sobre Tratamientos Directamente Observados en Tuberculosis.
- Luis Gascón Andreu. Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en la Comunidad Autónoma de Aragón.1997
- Servicio Aragonés deSalud. Manual para la Prevención y Control de la Tuberculosis en Atención Primaria.2001
- Angel Dominguez-Castellano,Alfonso el arco,Jesús Canueto-Quintero . Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas (SAEI) Sobre el Tratamiento de la Tuberculosis.Enferm.Infecc Microbiol Clin 2007;25(8):519-34.
- A.I.López-Calleja, M.A.Lezcano, M.A. Vitoria, M.J.Iglesias y cols. Genotyping of Mycobacterium tuberculosis over two periods:a changing scenario for tuberculosis transmission. Int J Tuberc Lung Dis 11(10):1080-1086 -2007

POSTER 167

AUTORES:

Autor/es: Tejada Garrido, Clara Isabel ¹ (Coord.); Colado Tello, M^a Estela ²; Uribe Lasanta, Ana ³.
¹ Enfermera especialista en Salud Mental, ² Enfermera especialista en Salud Mental, ³ Enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología

TÍTULO:

Intervención de Enfermería de Salud Mental a obesos como soporte a Atención Primaria

TEXTO DEL TRABAJO:

Objetivos Generales: Conocer la efectividad de la aplicación de un programa psicoeducativo en el tratamiento integral de personas obesas.

Objetivos Específicos: - Reducir al menos un 10 % del peso corporal, en el 50 % de los pacientes obesos con un IMC comprendido entre 30,0 y 39,9 Kg/m², incluidos en un Programa Psicoeducativo, de 6 meses de duración en el Área de Salud de La Rioja

- Mantener la pérdida de peso conseguida durante el Programa Psicoeducativo en el 50% de los sujetos, durante al menos 6 meses, en el Área de Salud de La Rioja.

Material y Métodos: Se realizó un ensayo clínico controlado, con grupo experimental y grupo control, y mediciones pre y postintervención desde octubre de 2006 a diciembre de 2007. La población estudiada fueron adultos, de entre 18 y 65 años, de ambos sexos, con un Índice de Masa Corporal (IMC) entre 30,0 y 39,9, derivados por su médico de Atención Primaria, enfermero/a comunitaria o por el Servicio de Endocrinología del C. H. San Millán-San Pedro de La Rioja.

El programa psicoeducativo (intervención) se llevó a cabo durante 1 año dividido en dos fases: fase tratamiento (seis meses) y fase mantenimiento (seis meses). El tratamiento con este grupo consistió en sesiones individuales y grupales donde se trabajó sobre: educación nutricional; conductas, creencias e ideas erróneas relacionadas con la alimentación y nutrición; ejercicio físico; relajación; expresión de sentimientos; autoestima; imagen corporal; resolución de problemas y motivación. La periodicidad de las sesiones grupales fue semanal y las consultas de seguimiento individuales se realizaron con una frecuencia quincenal. A los componentes del grupo control se les aconsejó seguir una dieta hipocalórica de 1500 kilocalorías y se les dio una hoja de beneficios de practicar ejercicio físico de manera regular. Los contactos con los sujetos control fue mensual.

Para el análisis estadístico de los datos recogidos de las variables a evaluar utilizamos las puntuaciones directas obtenidas de la variable peso(en kilos), conocimientos adquiridos (cuestionario de conocimientos), ansiedad (cuestionario STAI), imagen corporal (Body Shape Questionnaire) y autoestima (cuestionario de Toro Vargas). Se realizó un análisis descriptivo de cada una de las variables objeto de estudio; para la variable peso se analizó la media y la desviación estándar (máximo y mínimo) y para el resto de variables se analizó su porcentaje. En el análisis inferencial se compararon las medias utilizando la fórmula de t de Student-Fisher para la variable peso y se compararon los porcentajes utilizando la fórmula de chi cuadrado para las variables conocimientos adquiridos, ansiedad, imagen corporal y autoestima.

Resultados: De las 81 personas que iniciaron el estudio (42 grupo intervención, 39 grupo control), 55 lo concluyeron (35 grupo intervención, 20 grupo control). En el grupo experimental se consiguió: una pérdida de peso de 9,4% (t =1,98 y un α =0.05), mientras que en el grupo control la pérdida de peso fue 9,1%.

Discusión: •Podemos concluir que aunque los datos obtenidos en nuestro estudio no confirman los objetivos marcados si podemos afirmar estar muy cerca de alcanzar nuestra hipótesis inicial. De la experiencia obtenida durante la realización del estudio y de los comentarios, apreciaciones y recomendaciones extraídas de los participantes creemos que la ampliación temporal a dos años de las fases del estudio (fase intervención 1 año, fase mantenimiento 1 año) serán suficientes para conseguir los objetivos marcados.

- Hay que destacar una menor tasa de abandonos en el grupo intervención (16.6%) con respecto al grupo control (48.71%) y a la de otros estudios revisados (Buceta y Bueno, 1993).
- La evaluación de las variables estudiadas nos llevan a recomendar en futuros estudios para el tratamiento de la obesidad tener en cuenta otras variables como puede ser el tipo de personalidad.
- Trabajo premiado con el 2º premio a Proyecto de Investigación en el XXVI Certamen de Enfermería San Juan de Dios.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Yoldi C. L'aplicació d'un programa estructurat d'Educació Terapèutica és essencial en el tractament de l'Obesitat. *AgInf*, 2003, (25), 7, 418-427.
2. *Diario Médico* (26-XI-04) p.3.
3. Cuatrecasas G, Foz M, Formiguera X. Bases genéticas de la obesidad, *Jano*, Vol 62-Num 1418, 2002, p. 54-56.
5. Chinchilla A. Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad y atracones. Barcelona: Masson; 2003.
6. Saldaña C, Rosell R. Obesidad. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y salud. Salud 2000. Barcelona: McGraw-Hill; 2001.
7. Solomon MR. Eating as both coping and stressor in overweight control. *Journal of Advanced Nursing*; 2001, 36 (4), 563-572.
8. Foz M, Barbany M, Remesar X, Carrillo M, Aranceta J, García PP et al. Consenso SEEDO 2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 587-597.
10. Martínez B. Tratamiento psicológico de la obesidad, *Jano*, Vol. 62 núm. 1419; 2002, p. 32-42.
11. Fontainer KR. Years of life lost due to obesity. *Jama* 2003; 289: 187-93.
12. Remesar X, Fernández JA, Alemany M. Fisiopatología de la obesidad, *Jano*, vol. 62-num. 1418, 2002, p. 47-53.
13. Carrillo M, Barbany M. Tratamiento y prevención de la obesidad. *Jano* (62); 2002 1419: 25-31
14. Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia NAOS. Invertir la tendencia de la obesidad. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Madrid: Colman SL. ; 2005
15. Arenson G. Una sustancia llamada comida. Como superar la adicción a comer. Madrid: McGraw-Hill; 2001.
16. Avenell A, Brown TJ, McGee MA, Campbell MK, Grant AM, Broom J et al. What interventions should we add to weight reducing diets in adults with obesity?. A systematic review of randomized controlled trials of adding drug therapy, exercise, behaviour therapy or combinations of these interventions, *J Hum Nutr Dietet*, 2004, 17: 293

POSTER 168

AUTOR/ES:

Péculo Carrasco JA, Casal Sánchez MM, Rodríguez Bouza M, Rodríguez Ruiz HJ, Mendoza Corro MA, Gómez Escorza J.

TÍTULO:

CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR DETECTADO EN ASISTENCIAS URGENTES EXTRAHOSPITALARIAS

TEXTO DEL TRABAJO:

Este proyecto de investigación ha sido aprobado por el Plan Andaluz de Investigación de la Consejería de Salud (nº exp. 62/2004) y el Fondo de Investigación Sanitaria del Instituto de Salud Carlos III (nº exp. PI040913).

Las enfermeras/os perciben, en urgencias extrahospitalarias, que hay cuidadores que están desbordados por la tarea de cuidar a un familiar dependiente. Esta situación de desgaste es valorada y diagnosticada utilizando la etiqueta "00061 Cansancio del rol de cuidador" (CRC), validada por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), y definida como la "dificultad para desempeñar el papel de cuidador de la familia". Está relacionado con el estado de salud del receptor de los cuidados, con las actividades y el estado de salud del cuidador, con recursos socioeconómicos, etc... Pese a no disponer de tiempo suficiente para una valoración exhaustiva, sí que podríamos derivar el caso a la Enfermera Comunitaria de Enlace (ECE). Por diversos motivos el cuidador no conoce a las ECE, y por otros, éstas no conocen ni al cuidador ni lo que le está ocurriendo. La derivación de estos cuidadores tendría que ser un paso más en el proceso asistencial: definido, sistematizado y evaluable. Para ello deberíamos poder realizar una valoración rápida y sistemática de los cuidadores, con una alta validez. Por tanto, nos preguntamos si es posible reconocer e identificar a estos cuidadores de forma rápida y sistemática en sus domicilios. Si, además, encontramos un método preciso, podríamos evitar sobrecargar la labor de las ECE con diagnósticos erróneos.

OBJETIVOS. Conocer el perfil del cuidador principal en las demandas asistenciales urgentes de pacientes dependientes, así como las características que definen al cuidador principal con diagnóstico de "Cansancio del rol de cuidador" (CRC).

MATERIAL Y MÉTODO. Estudio observacional, de tipo transversal. Fueron sujetos de estudio los cuidadores principales de pacientes que fueron atendidos por equipos de urgencias y emergencias extrahospitalarias, en la provincia de Cádiz, desde mayo de 2005 hasta mayo de 2006. El tamaño muestral calculado fue de 235 sujetos como mínimo.

RESULTADOS. Las 25 enfermeras/os de 061 asistieron, durante el periodo en el que participaron, un total de 1.563 pacientes. De todos estos, 458 (29.3%) cumplían los criterios de inclusión del paciente. El nivel de autonomía para las actividades de la vida diaria, fue de dependencia total en el 48.6% (IC95%: 37.2% - 60.0%) de los casos, con un Índice de Barthel medio de 34,3 (DE 31.6 y mediana 25.0). En el 54.3% (IC95%: 42.6% - 66.0%) de estos pacientes existía un deterioro cognitivo, con un valor medio en el Test de Pfeiffer de 4.5 errores (DE 3.8 y mediana 4.5 errores). Se obtuvieron datos de 201 cuidadores, 81.6% mujeres, edad media 54.2 años (DE 7.5), hija (54.0%), casada (69.7%) y que convive con el paciente (88.5%). Se diagnosticó CRC en el 47.0% de los casos (IC95%: 40.0%-54.0%). En modelo de regresión logística multivariante se asoció a las variables "Dificultad para el cuidado" (OR=3.66, IC95%: 1.73-7.73), trabajar fuera de casa (OR=0.25, IC95%: 0,10-0.63), prestar cuidados a más personas (OR=2.65, IC95%: 1.26-5.58), tener tiempo de ocio (OR=0.36, IC95%: 0.15-0.83) y "Poder seguir cuidando" (OR=0.26, IC95%: 0.08-0.78).

CONCLUSIONES. El perfil del cuidador con diagnóstico de CRC es el de una persona (hombre o mujer) que trabaja en su casa (no remunerado), que no tiene tiempo de ocio para sí mismo, y que manifiesta que no puede seguir cuidándolo, que tiene dificultades para su cuidado, y que presta cuidados a más personas enfermas. Estos factores podrían permitir una valoración rápida y sistemática en situaciones de urgencia extrahospitalaria, que permitieran diagnosticar el CRC con un escaso margen de error, para su derivación a la Enfermera Comunitaria de Enlace.

BIBLIOGRAFÍA:

- [1] García-Calvente María del Mar, Mateo-Rodríguez Inmaculada, Maroto-Navarro Gracia. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gac Sanit. [citado 2007 Ago 29]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500011&lng=es&nrm=iso.
- [2] Dirección General de Asistencia Sanitaria. Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud, 2004
- [3] Shepperd S, Iliffe S. Hospital at home versus in-patient hospital care. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2003(3).
- [4] Frías A, Pulido A. Cuidadores familiares de pacientes en el domicilio. Index Enfermería, 2001; 34: 27-32.
- [5] Early Supported Discharge Trialists. Servicios destinados a reducir la duración de la atención hospitalaria para pacientes con accidente cerebrovascular agudo. En: La Cochrane Library plus en español. Oxford: Update Software.
- [6] Schulz R, Beach SR. Caregiving as a Risk Factor for Mortality. The Caregiver Health Effects Study. JAMA, 1999; 282: 2215-9.
- [7] Bugge C, Alexander H, Hagen S. Stroke patients' informal caregivers. Patient, caregiver, and service factors that affect caregiver strain. Stroke, 1999; 30: 1517-1523.
- [8] García Calvente MM., Mateo Rodríguez I. Cuidados y cuidadores en el Sistema Informal de Salud: Investigación cuantitativa. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999
- [9] García Calvente MM, Mateo Rodríguez I, López Fernández LA. Sistema informal de atención a la salud: modelos de relación con los servicios sanitarios. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1993.
- [10] Torres Pérez L. Cuidados informales y paciente crítico. Tempus Vitalis, 2001; 1: 4-13.

POSTER 169

AUTOR/ES:

Castaño Sánchez Y, Recio Rodríguez JI, Castaño Sánchez MC, Rodríguez Martín C, Diego Domínguez M, García Ortiz L, Gómez Marcos MA, Iglesias Valiente JA, Tabernero de Paz Martín MT.

TÍTULO:

ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DEL EJERCICIO FÍSICO SUPERVISADO PARA PACIENTES CORONARIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA (ESCAP). RESULTADOS

TEXTO DEL TRABAJO:

1. Objetivo: Analizar la efectividad de un programa de ejercicio físico supervisado de pacientes coronarios de bajo riesgo en atención primaria. Evaluación de resultados preliminares.

2.-Material y Métodos:

Diseño: Ensayo clínico aleatorio.

Ámbito: Proyecto coordinado con otros 11 centros de la Red de Investigación en Actividades Preventivas (redIAPP) y Servicios de Admisión y Cardiología.

Sujetos de estudio: Se captará una muestra de 264 participantes en total. Se han incluido, 21 en el nodo local, de los cuales 19 fueron varones, 10 en el grupo intervención y 11 en el grupo control. Edad media 55,71 años.

Intervención: Ambos grupos reciben elementos comunes de prevención secundaria. El grupo control recibe consejo estandarizado para caminar, y el de intervención realiza un programa de ejercicio supervisado durante 24 semanas.

Mediciones: Capacidad de consumo de oxígeno medido en prueba de esfuerzo. Factores de riesgo cardiovascular y calidad de vida con el SF-36 y el cuestionario Velasco-Del Barrio.

Criterios de buen control: PA < 140/90 mmHg, LDL-C < 100 mg/dl.

3.- Resultados:

Han completado el programa 13, hubo 3 pérdidas y 5 están desarrollándolo. Edad grupo intervención: 49,60 años, grupo control: 61,27 años. $P < 0.05$. Capacidad funcional media basal: 10,13 METs (9,18 grupo control y 11,17 grupo intervención) $p < 0.05$, PA 118/74 mmHg y FC 61,86 latidos/minuto.

La prevalencia media de FRCV previos al evento coronario: hipertensión (38,1%), diabetes (9,5%), dislipemia (47,6%), tabaquismo (61,9%), antecedentes familiares de cardiopatía isquémica precoz (28,6%), obesidad (19%), sin diferencias significativas entre ambos grupos ($p > 0.05$).

En medición basal: 80% tenía controlada la PA, 57,9% LDL-C y 85% no fumaban ($p > 0.05$).

Escala SF 36 basal (rango 0-100): Evolución total: 40, Salud mental: 73, Rol emocional: 80, Función social: 86,25, Vitalidad: 59,75, Salud general: 61,40, Dolor corporal: 76,75, Rol físico: 43,75, Función física: 81, sin diferencias significativas entre los dos grupos.

Velasco-Del Barrio basal: Media 1,81 (rango 1 a 5). Similar en ambos grupos a excepción del comportamiento emocional y relaciones sociales. $P < 0.05$.

Capacidad funcional media final de 13 pacientes: 12,04 METs (13,30 grupo intervención y 11,26 grupo control) ($p > 0.05$).

En medición final: 92,30% tenía controlada la PA 61,50% LDL-C y 85% continuaban sin fumar ($p > 0.05$).

Velasco-Del Barrio final: Media: 1,87 (rango 1 al 5) sin diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos; la mejoría media alcanzada 0,096 ($p > 0.05$).

4.- Conclusiones:

- Es factible en el ámbito de atención primaria desarrollar programas de rehabilitación cardiaca en pacientes post infartados de bajo riesgo tanto en la modalidad de ejercicio supervisado como no supervisado.

- La capacidad funcional cardio-respiratoria ha aumentado en ambos grupos sin diferencias significativas entre ellos.

- El nivel de control de los factores de riesgo CV mejora ligeramente en ambos grupos, sin alcanzar significación estadística.

La calidad de vida basal evaluada con los test de Velasco del Barrio y SF-36 es buena. Hay mejoría en ambos grupos, aunque no alcanza la significación estadística.

BIBLIOGRAFÍA:

BIBLIOGRAFÍA

1. Secretaría General de Sanidad. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud(Ed). Prevención secundaria y rehabilitación cardiaca. En: Plan Integral de Cardiopatía Isquémica 2004-2007. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones. 2003, pgs. 95-102.
2. American College of Sports Medicine. Position Stand. Exercise for patients with coronary disease. Med Sci Sports Exerc 1994; 26: i-v.
3. Kenney WL, Humphrey RH y Bryant CX (Eds.) Exercise prescription for cardiac patients. En: ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription. Fifth edition. Baltimore. Williams &Wilkins 1995, pgs 177-193.
4. Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS, Thompson D, Oldridge N, Ebrahim S. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 1, 2003.
5. Velasco JA, Cosin J, Maroto JM, Muñoz J, Casasnovas JA, Plaza I, Abadal T. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en prevención cardiovascular y rehabilitación cardiaca. Sociedad Española de Cardiología. Rev esp cardiol 2000;53 (8) 1095-120.
6. Espinosa JS, Bravo JC. Rehabilitación cardiaca y atención primaria. (2ª ed). Ed panamericana. Madrid. España 2002.
7. Ortega R. Carta de investigación: Diferencias de intensidad de esfuerzo entre ejercicio supervisado y no supervisado en pacientes con cardiopatía isquémica. Atención Primaria 2004;34(5) :115.
8. Jiménez M, Gómez C, Saenz de la Calzada C, Del campo S, Lacasa Rivero JL, Pombo M. Calidad de vida y apoyo social en pacientes con infarto agudo de miocardio no complicado.
9. Velasco JA, Del Barrio V, Mestre MV, Penas C y Ridocco F. Validación de un nuevo cuestionario para evaluar la calidad de vida en pacientes postinfarto. Rev Esp Cardiol 1993;46:522-558.
10. Alonso J, Prieto L, and Antó JM. La versión Española del "SF-36 Health Survey" (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Medicina Clinica 1995; 104(20):771-776.

POSTER 171

AUTOR/ES:

Puyal Mele Ana , Guayarte Herrero Olga , Minguez Soro Julia. Sahún Obis Carmen por el grupo de Implementación de los Protocolos Basados en la Evidencia del proyecto de Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) de Aragón

TÍTULO:

Proceso de implementación del protocolo de cuidados "Manejo del dolor de pezón y/o las lesiones asociadas a la lactancia materna"

TEXTO DEL TRABAJO:

Objetivos: Implantar el protocolo de cuidados sobre el manejo del dolor de pezón y/o las lesiones asociadas a la lactancia materna basado en la evidencia científica facilitada por el Instituto Joanna Briggs. Esta actuación pretende conseguir que las mujeres que comienzan a dar lactancia materna continúen después del parto durante más de seis semanas, sabiendo que el dolor y las lesiones del pezón son una de las causas más frecuentes de abandono.

Métodos: El protocolo se va a implementar en el Sector de Salud de Barbastro que atiende una población de 108.000 habitantes. El Hospital de Barbastro tiene una Unidad de hospitalización de Obstetricia con 12 camas (una habitación doble y diez individuales) y 15 Centros de Salud donde se va a realizar el trabajo. Los profesionales de enfermería que participan en la implementación son 17 enfermeras y 9 auxiliares de enfermería que trabajan en la Unidad de Obstetricia del hospital de Barbastro y 15 matronas que pertenecen a los Centros de Salud del Sector y al hospital. Una vez consensuado por el Grupo que realizó el protocolo, se designaron dos personas como responsables del proceso; la supervisora de la Unidad y una matrona. Se realizaron reuniones con el grupo para difundir el protocolo, detectar barreras y consensuar acciones de mejora.

Resultados: Hasta la actualidad, se han realizado cinco reuniones de grupo; en las que se detectaron y analizaron las barreras que podían dificultar el proceso de implementación. Las más relevantes hacen referencia a la dificultad para modificar la práctica habitual, al desconocimiento de la práctica basada en la evidencia, falta de motivación del personal, falta de tiempo para realizar registros de las actividades propuestas en el protocolo, y a las dudas que genera la propia evidencia encontrada. Algunas de las acciones de mejora propuestas han ido dirigidas a la divulgación del protocolo en Jornadas específicas sobre lactancia materna en las que participaron, pediatras, matronas y personal de enfermería del Sector de Salud; igualmente se han desarrollado sesiones de formación con participación de todo el personal de enfermería de la Unidad de Obstetricia del hospital; y se propone realizar un "refuerzo verbal" mensualmente dirigido a todas las personas que participan en la implementación. Antes de iniciar la implantación del protocolo se realizará una revisión para conocer a través del informe de cuidados enfermeros al alta la situación previa en relación a la aparición de grietas y/o dolor. Tras conocer la situación de partida; se implementará el protocolo en la Unidad de Obstetricia, asignando a cada habitación una de las actividades descritas en el protocolo, 1) aplicación de compresas de agua tibia para prevenir dolor en pezón, 2) mantener los pezones limpios y secos para prevenir lesiones y 3) masajear con leche materna para reducir grietas, de tal forma que cada madre que participe recibirá el mismo tratamiento preventivo a lo largo de seis meses; previamente se informara a las madres del estudio y se solicitara su conformidad.

El seguimiento se realizará el primer y segundo día después del parto en el hospital y durante la primera semana por la matrona del centro de salud correspondiente; si persisten las grietas el seguimiento se realizará cada 10 días hasta su desaparición. Para el registro del seguimiento se utilizará el informe de cuidados enfermeros recibido desde el hospital.

Finalmente y para poder dar validez al protocolo, se pretenden evaluar mensualmente indicadores de resultados dirigidos a conocer el número de mujeres que dan lactancia y desarrollan dolor y/o lesiones, cuantas de ellas abandonan la lactancia materna por dolor y/o lesiones antes de las seis primeras semanas después del parto y conocer el desarrollo de lesiones en relación a las actividades propuestas.

Discusión: El proceso de implementación de protocolos de cuidados requiere un gran esfuerzo por parte de la administración y de los profesionales de enfermería que lo desarrolla, pero la utilización de protocolos basados en la evidencia es de gran utilidad para evitar la variabilidad en la práctica clínica, mejorar el servicio y atención al usuario, mejorando el bienestar y la salud de la población.

BIBLIOGRAFÍA:

Aguayo J. La lactancia Materna. Universidad de Sevilla. Secretariado de publicaciones. Junio, 2001

Akkuzu G, Taskin L. Impacts of breast-care techniques on prevention of possible postpartum nipple problems. Professional care Mother Child. 2000; 10(2): 38-39

Gifford WA, Davies B, Edwards N, Graham ID. Leadership strategies to influence the use of clinical practice guidelines. Nurs Leadersh. 2006; 19(4):72-88.

Hamer B. A capacity-building model for implementing a nursing best practice. J Nurses Staff Dev. 2008; 24(1)::36-42

Henderson A, Stamp G, Pincombe J. Postpartum positioning and attachment education for increasing breastfeeding: a randomized trial. Brith. 2001; 28:236-242

Lawrence RA. Lactancia materna. Ed. Mosby. Madrid 1996. 4ª ed

Marchionni C, Ritchie J. Organizational factors that support the implementation of a nursing best practice guideline. J Nurs Manag. 2008 ;16(3):266-74

Ploeg J, Davies B, Edwards N, Gifford W, Miller PE. Factors influencing best-practice guideline implementation: lessons learned from administrators, nursing staff, and project leaders. Worldviews Evid Based Nurs. 2007; 4(4):210-9

Ring N, Coull A, Howie C, Murphy-Black T, Watterson A. Analysis of the impact of a national initiative to promote evidence-based nursing practice. Int J Nurs Pract. 2006; 12(4):232-40

St-Pierre I, Davies B, Edwards N, Griffin P. Policies and procedures: a tool to support the implementation of clinical guidelines? Nurs Leadersh. 2007; 20(4):63-78.0

POSTER 172

AUTOR/ES:

Diaz-Rodríguez Dania-Rocío, Granados-Martín Mónica, Pablo-Leis Ana-Isabel

TÍTULO:

Recomendaciones de Enfermería después de una gastroscopia

TEXTO DEL TRABAJO:

OBJETIVOS:

La gastroscopia es una exploración muy común en la endoscopia digestiva, sin embargo no está exenta de complicaciones y molestias al finalizar la prueba. La actuación de enfermería en los procedimientos diagnósticos se centra no sólo antes y durante el procedimiento sino también después del mismo, por ello los cuidados, en este tercer momento, deben orientarse en minimizar las molestias o detectar las complicaciones precozmente.

En la Unidad de Endoscopia Digestiva del Hospital de Fuenlabrada, elaboramos unas recomendaciones sobre los cuidados que el paciente debe realizar en su domicilio una vez finalizada la gastroscopia. Estos cuidados son explicados verbalmente por la enfermera y se entregan por escrito a todos los pacientes al finalizar la endoscopia. Están escritos en un lenguaje sencillo y creemos que son fáciles de leer.

El objetivo general de este estudio es determinar la eficacia de estas recomendaciones; los objetivos específicos son: conocer el grado de entendimiento y el seguimiento de las mismas, y determinar el nivel de calidad asistencial percibida por los pacientes después de una gastroscopia. Según los resultados se podrían modificar las recomendaciones para mejorar la calidad de los cuidados de enfermería.

MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal, realizado en una muestra de 202 pacientes consecutivos y ambulatorios, mayores de 16 años y sin deterioro cognitivo. Los datos se obtuvieron por medio de una encuesta telefónica al día siguiente de la exploración y a todos los pacientes atendidos entre Mayo y Julio del 2004. Se estudiaron variables sociodemográficas, de comprensión y seguimiento de las recomendaciones, molestias post gastroscopia y satisfacción con la información recibida. Se utilizó el programa estadístico SPSS 12.0

RESULTADOS:

El 56,4% son mujeres. La media de edad es de 44,6 años (DE 15,1). El 59,4% es trabajador activo, el 23,8% ama de casa. Tienen estudios primarios el 49,5%, y no tienen estudios el 10,4%.

Con la información después de la prueba responden estar muy satisfechos el 83,2%, satisfechos 14,4%, regular 1%, insatisfecho 2,5%. Han comprendido las recomendaciones el 99,5%, las siguieron el 99%. El 60,9% tuvo molestias post gastroscopia: dolor de garganta (34,1%), dolor de estómago y gases (17,8%). Ninguno de los pacientes acudió a Urgencias por estas molestias.

DISCUSIÓN:

La educación sanitaria que proporciona la enfermera en el ámbito de la endoscopia digestiva se imparte para que, entre otras actuaciones, el paciente participe en su autocuidado con el objetivo de disminuir el disconfort que puede generar la gastroscopia.

Algunos estudios señalan el beneficio de los folletos informativos administrados antes de la cirugía, ocasionando disminución de la ansiedad y facilitando su recuperación. Sobre el efecto de los folletos de cuidados post procedimientos endoscópicos no hemos encontrado datos relevantes.

Consideramos que las recomendaciones elaboradas son eficaces: un alto porcentaje de pacientes declaran haber comprendido y seguido esta información a pesar que más de la mitad no tienen estudios o tienen estudios primarios. Por otro lado, las molestias sufridas por los pacientes después de la gastroscopia, han sido eventos esperados y por tanto no se consideran motivos de alarma para acudir a Urgencias. Las recomendaciones son un método poco costoso que aumenta la satisfacción con la información y por ende con la percepción de la calidad asistencial después de la gastroscopia, sin olvidar que algunos pacientes necesitan una información personalizada.

BIBLIOGRAFÍA:

- Hodgkinson B, Evans D and O'Neill S. Knowledge retention from pre-operative patient information. The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery; 2000 Report N° 6.
Traducción al castellano por García-Grande L.
- Moix J, López E, Otero J, Quintana C, Ribera C, Saad I, et al. Eficacia de los folletos informativos para suministrar información acerca de la operación y su convalecencia. Rev Calidad Asistencial. 1995; (5): 280-6.
- Cuñado A. Legarre MJ, Ruiz J, Silveria J, Caballero L, García FJ. Efecto de una "visita enfermera" estructurada e individualizada en la ansiedad de los pacientes quirúrgico. Ensayo clínico aleatorizado. Enferm Clin. 1999; 9:98-104.
- Díaz DR, Delgado P, López E, Millán JJ, Pérez C, Recomendaciones de enfermería después de polipectomía colónica endoscópica. Boletín AEEED, 2001; (6):11-8
- van Zuuren HJ, Grypdonck M, Crevits E, Vande Walle C, Defloor T. The effect of an information brochure on patients undergoing gastrointestinal endoscopy: a randomized controlled study. Patient Educ Couns. 2006; 64(1-3):173-82.
- Abbott S. Patient Education: Pre- and Post-Procedure Upper Endoscopy. Gastroenterology Nursing. 1999; 22(1): 14-7
- Gutierrez A, Alvarez JM, Del Río O, Villalta M, Garoz B. Educación sanitaria a pacientes jóvenes sometidos a un cateterismo cardíaco. Enferm Cardiol. 2004; Año XI: (32-33): 22-7.
- Llop D, Gil A, Gil P, Ros G. La información, como reductora de la ansiedad ante la gastroscopia. Boletín AEEED. 2004(9): 75-7

POSTER 173

AUTOR/ES:

Cea, J.I.; Fernández, B.; Sánchez, C.E.

TÍTULO:

Comparación de situaciones estresantes entre estudiantes de Enfermería durante sus prácticas clínicas en los cursos 1º y 3º

TEXTO DEL TRABAJO:

Antecedentes y objetivo:

Las prácticas clínicas conforman uno de los estresores académicos fundamentales a lo largo de la carrera de Enfermería. Dadas las características de la profesión, los estudiantes desde el primer curso toman contacto con el paciente, lo que genera ansiedad. Entre los miedos manifestados por los estudiantes durante el Practicum se encuentran la falta de preparación, habilidades y experiencia y el exceso de responsabilidad (1). En otro estudio el elemento desencadenante del estrés fue la falta de conocimientos (3). El periodo de prácticas está entre la más agotadora de las experiencias para los estudiantes. En las prácticas clínicas los estudiantes expresan una considerable percepción del estrés.

El objetivo de este trabajo es comparar los estresores en las prácticas clínicas de los estudiantes de 1º y 3º curso de la Escuela Universitaria de Enfermería de Leioa de la Universidad del País Vasco.

Material y método:

- Cuestionario KEZKAK (7)

- Sujetos: 97 estudiantes de 1º y 120 de 3º Curso de Enfermería.

- Análisis estadístico: análisis descriptivo y test de Mann Whitney.

- Procedimiento: se realizó la encuesta KEZKAK durante el curso académico 2006-2007.

Resultados

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el 1º Curso y 3º Curso en los siguientes ítems: sentir que no puede ayudar al paciente ($p=0,01$), relación con los compañeros estudiantes de Enfermería ($p=0,01$), encontrarse en alguna situación sin saber qué hacer ($p=0,03$), diferencias entre lo que se aprende en clase y lo que se ve en las prácticas ($p=0,04$), implicarse emocionalmente demasiado con el paciente ($p=0,03$), que el paciente toque ciertas partes de mi cuerpo ($p=0,03$). La media de estrés para el Curso 1º fue 3,45 (DT=0,979), y para el Curso 3º fue 3,29 (DT=1,130).

Conclusiones

Nuestros resultados coinciden con investigaciones previas, donde se modifican las percepciones de estrés con el cambio de curso (3), así como la existencia de falta de habilidades durante las prácticas y ante la falta de conocimientos (2). De los resultados obtenidos, el ítem sentir que no puede ayudar al paciente ha disminuido en 3º curso, lo que parece razonable por una mayor adquisición de destrezas clínicas. El ítem "relación con los compañeros estudiantes de Enfermería" se ha reducido en 3º curso, fruto de un mayor acoplamiento entre ellos. El ítem "encontrarse en alguna situación sin saber qué hacer" aumentó en 3º curso, debido, posiblemente, a la cercanía de tener que asumir la responsabilidad de la atención clínica. El ítem "diferencias entre lo que se aprende en clase y lo que se ve en las prácticas" disminuyó en 3º curso, y parece relacionarse con que la realidad clínica desborda la creencia sobre lo que hay que aprender, y la realidad se impone. El ítem "implicarse emocionalmente demasiado con el paciente" decreció en 3º curso, quizá debido a la habituación en el trato con el individuo enfermo. El ítem "que el paciente toque ciertas partes de mi cuerpo" disminuyó en 3º curso, y no tenemos una hipótesis razonable al respecto. Las puntuaciones obtenidas nos plantea la necesidad de averiguar las causas de ello, así como organizar talleres para aprender a minimizar el estrés que suponen las prácticas clínicas. Asimismo, es lógica la disminución del estrés en los estudiantes de 3º Curso respecto a los de 1º Curso por las habilidades adquiridas durante su período formativo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Pulalto, M.J.; Antolín, R.; Moure, L. Los 40 principales estresores en la práctica clínica de I@s estudiantes de enfermería. Póster. 2005. E.U.E. Meixoeiro. Chuvi. Vigo
2. Pades, A.; Homar, C. El estrés de los estudiantes en las prácticas clínicas. Revista ROL 2006; 29 (9), 19-22.
3. López, I.M.; Sánchez, V. Percepción del estrés en estudiantes de enfermería en la prácticas clínicas. Enfermería clínica 2005; Vol. 15, (6): 307-313.
4. Zupiria,X.; Uranga, M.J.; Alberdi, M.J.; Barandiaran, M. KEZKAK: cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. Gaceta Sanitaria 2003; 17(1):37-51.

POSTER 174

AUTOR/ES:

Oliveira MG, Félix DP, Pagliuca LMF

TÍTULO:

Relato de las madres ciegas sobre la experiencia de la lactancia

TEXTO DEL TRABAJO:

a Lactancia Materna se constituye como práctica ideal para la nutrición del bebé. Hay la criación del vínculo entre madre e hijos a través del olfato, del calor que conforta y del toque, beneficiando el desarrollo infantil. Por lo tanto, debe ser estimulada desde las primeras horas después del parto hasta el posterior seguimiento en domicilio y en la unidad de salud. En Brasil, las políticas para la estimulación de la Lactancia Materna, desde las décadas pasadas hasta los días de hoy, contribuyen para la disminución de los índices de mortalidad infantil, debido el leche materno ser accesível a todas las clases sociales, estar en la temperatura ideal y tener los nutrientes adecuados para el niño. La mujer ciega genera hijos y también necesita de informaciones y acompañamiento profesional. En este contexto, cabe a los profesionales de salud garantizar ese derecho a través del fornecimiento de orientaciones, de manera accesible, con relación a la forma de agarrar el seno, beneficios de la lactancia y cuidados con la mama, haja vista los problemas relativos a esta práctica serén prevenibles.¹ Sin embargo, estos cuidados deben ser precedidos de conocimiento sobre las características de la clientela, para dirigir acciones realmente eficaces. Considerando-se los deficientes visuales, la educación en salud deve priorizar los estímulos táteis y auditivos, además de adecuar-se a los aspectos culturales y sociales, para el direccionamiento de acciones realmente eficaces.² A través deste estudio se objetivó describir las condiciones y características relacionadas a la lactancia de madres ciegas en el municipio de Fortaleza, Ceará – Brasil. Investigación realizada en Fortaleza, capital del estado de Ceará, ubicada en la región Nordeste de Brasil, en el período de marzo a mayo de 2008. Esa región es marcada historicamente por possuir una major desigualdade social que contribuía para altos índices de mortalidad infantil, combatido, principalmente, por lo estímulo a la lactancia materna. Estudio del tipo cualitativo y descriptivo. Su población estimada abarca 2.000 ciegos que viven en la referida capital. Los sujetos del estudio tienen relevancia porque es una población restringida y el censo no es fidedigno. No hay uno registro específico para los deficientes visuales en los servicios de salud, dificultando más la identificación de la población alvo del estudio. Participaron mujeres ciegas con hijos de 0 a 10 años. La muestra fue obtenida intencionalmente, a través de la técnica de bola de nieve, en la cual un sujeto indica un conocido con las características definidas para el estudio. Los primeros contactos fueran obtenidos entre individuos que participan de instituciones de asistencia a los ciegos y de centros de convivencia para deficientes visuales. Las entrevistas eran apuntadas en locales de preferencia de las pesquisadas, preferencialmente en sus domicilios, para generar un mayor confort para las madres ciegas y favorecer el relato de las lembranzas sobre el período abordado en el estudio. La variable fue el auto-relato de las madres ciegas, através de abordaje directa. Las madres ciegas fueron contactadas directamente con la utilización de cuestionario con preguntas objetivas de múltiple elección, contemplando las características de la lactancia y condiciones de atención en las unidades de salud con relación a las orientaciones adecuadas en el prenatal. Los datos fueron analizados a través del programa estadístico Epi Info 3.4.3. Participaron del estudio 11 madres, totalizando 13 gestaciones. La variable “recibió orientaciones sobre lactancia en el prenatal” fue cruzada con las variables relacionadas a las alteraciones en la lactancia. Del grupo de madres, ocho recibieron orientaciones relativas a la lactancia

De estas, dos tuvieron dificultades para amamantar cuando ya estaban en casa, mencionaron como causa de esta dificultad el bebé que no consiguió “agarrar bien y flaqueza y problemas de salud” de la madre; también presentaron pezón herido (2); mama congestionada (1); mastitis (1), y ninguna recibió ayuda para solucionar el problema. Cinco madres no fueron orientadas respecto al embarazo, lo que resulto en dificultad para amamantar en casa (1), relacionado a la mama llena; presentaron pezón herido (3); mama congestionada (2) pero ninguna evolucionó para mastitis; dos mujeres recibieron ayuda para solucionar el problema, una con la abuela y otra con el médico. La Enfermería debe ofrecer mayor atención a las mujeres ciegas en el prenatal, ya que una parte considerable de las participantes no fue orientada sobre la lactancia y desarrolló problemas relacionados a esta fase. Los resultados también evidenciaron la relevancia de la red de apoyo para superar las dificultades, ya que la única madre que evolucionó para mastitis no recibió ayuda para superar dificultades. Ellas deben aprender a preparar las mamas para la lactancia. Los profesionales de salud deben hacer una red de apoyo, estando aptos a aclarar las dudas, a organizar grupos de cambio de experiencias entre embarazadas y madres experientes, a orientar la familia para prestaren un bueno cuidado a las púerperas. Esto puede ser posible en el periodo en que la mujer estuvier en las unidades de salud y a traves de visitas domiciliars, que es la principal política publica de la salud brasileña. La comunicación entre profisionales y clientes debe ser clara y objetiva, utilizando-se un lenguaje acesible para obtener éxito en el entendimiento de las instrucciones, se considerando los aspectos sociales y culturales, para poner abajo creencias que iniben la continuidad de la lactancia. e. En el caso de los deficientes visuales, el enfermeiro es estimulado a utilizar metodos didaticos especiales, pues no hay material acesible a las madres ciegas sobre el asunto. La educación en salud debe priorizar el lenguaje tatil y un atendimiento más individualizado, para la madre ciega explorar mayor su cuerpo y el del niño, logrando capacidades, como por ejemplo, posicionar adecuadamente la crianza, perceber que la mama esta llena de leche para realizar la ordeña manual, y tambien, si su hijo esta respirando adecuadamente durante la lactancia, promovendo, asi, el autocuidado.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Promovendo o Aleitamento Materno: álbum seriado. 2ª edição, revisada. Brasília (DF): 2007.
2. Amiralian, Maria Lucia T. M. Compreendendo o cego: uma visão psicanalítica da cegueira por meio de Desenhos- Estórias. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo, 1997.
3. Teixeira, Marizete Argolo and Nitschke, Rosane Gonçalves Modelo de cuidar em enfermagem junto às mulheres-avós e sua família no cotidiano do processo de amamentação. Texto contexto - enferm., Mar 2008, vol.17, no.1, p.183-191. ISSN 0104-0707
4. Rezende MA. O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2002 abr; 10 (02): 234-38.
5. Roper N, Logan WW, Tierney AJ. Modelo de Enfermagem. Lisboa (PT): McGraw-Hill; 1995.

POSTER 175

AUTOR/ES:

Becerra Maya EJ, Herrera Sánchez D, Torres Hinojosa N

TÍTULO:

Prevalencia del dolor durante la reparación perineal

TEXTO DEL TRABAJO:

INTRODUCCIÓN: Son numerosos los ensayos clínicos y revisiones sistemáticas que han evaluado los materiales y método que se deben utilizar en la reparación perineal (1). También el dolor durante la primera, segunda fase del parto y en el posparto ha sido objeto de numerosas revisiones (2). Sin embargo son escasos los estudios que abordan el dolor producido durante la reparación perineal. Entre los pocos estudios realizados destacan el estudio cualitativo de Salmon D (3) y el estudio cuantitativo de Sanders J(4),(5), ambos ponen de relieve que muchas mujeres sufren inaceptables niveles de dolor durante la reparación perineal, así la prevalencia de dolor en el estudio de Sanders sobre un total de 68 mujeres, fue del 67%, destacando que el 4,5% de la mujeres lo consideran intenso, un 7,5% fuerte y el 4,5% insoportable, el dolor fue evaluado según el modelo corto del cuestionario de dolor de Mc Gill. Las diferencias en las puntuaciones de dolor eran significativamente menores en las mujeres que habían recibido analgesia epidural durante el parto, que aquellas sin analgesia epidural.

Con estos antecedentes nos parece oportuno plantear el siguiente trabajo con el objeto de revisar la prevalencia de dolor durante la reparación perineal en nuestro hospital en función de su abordaje terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo transversal realizado en la Fundación Hospital Alcorcón y aprobado por su comité de ética. Se incluyeron mediante muestreo consecutivo, aquellas púerperas que precisaron reparación perineal tras la expulsión fetal. Se excluyeron las gestantes que desconociesen el idioma español. El tipo de parto incluido fue, eutócico, fórceps y ventosa. Los traumas perineales tratados fueron episiotomía, desgarros y episiotomías mas desgarros. La analgesia empleada durante la reparación fue: anestesia local, analgesia epidural, analgesia epidural más bolo, y sin abordaje terapéutico. Se contabilizó la duración total del parto y tiempo con analgesia epidural en minutos. La valoración se realizó a las 2 horas postparto en el Bloque Obstétrico por personal de enfermería ajeno a la asistencia del parto. Se utilizó para ello la adaptación validada all (Cuestionario de Dolor en Español (C3DE)) (6)(7).

RESULTADOS: Se reclutaron un total de 373 púerperas contabilizándose un 13% de pérdidas realizándose el análisis definitivo sobre 324 mujeres. Según la escala de valoración categórica, la prevalencia global de algún tipo de dolor fue de 72% (IC 95%: 67.7-76.7) y la prevalencia del dolor intenso/fuerte/insoportable fue del 20,7%.(IC 95%: 16.1-25.2). La mediana de dolor estimado mediante EVA fue de 24 mm (IC 95%: 20.5-27.5).El tipo de abordaje terapéutico más frecuente fue la analgesia epidural sola, siendo efectiva en el 30% de las mujeres, la analgesia epidural mas bolo en el 33% , frente al 16,6% con anestesia local. En el análisis bivariado, tanto el EVA como la duración total de parto mantuvieron una asociación significativa ($p < 0,008$).

CONCLUSIONES: Los resultados revelan que el dolor producido durante la reparación perineal tras el parto, está globalmente subestimado siendo su evaluación y manejo claramente insuficiente. Su elevada prevalencia puede cuestionar la calidad asistencial. Algunas actitudes pueden que contribuyan a mantener una alta prevalencia. Considerar la prioridad de la asistencia al parto solo la expulsión fetal, infravalorando la intensidad del dolor manifestada por la mujer durante la reparación perineal, así como la tendencia de la paciente a complacer al personal sanitario, podrían ser algunas de esas actitudes. Es necesario un abordaje interdisciplinar (matronas, ginecólogos y anestesiastas) para su adecuada evaluación y tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA:

(1) Kettle C, Johanson RB. Absorbable synthetic versus catgut suture material for perineal repair. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1999, Issue 4. Art No. CD000006. DOI: 10.1002/14651858.CD000006.

(2) Hedayati H, Parsons J, Crowther CA. Topically applied anaesthetics for treating perineal pain after childbirth. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art No. CD004223. Pub2 .DOI: 10.1002/14651858.CD004223.pub2.

(3) Salmon D. A feminist analysis of women's experiences of perineal trauma in the immediate post-delivery period. Midwifery. 1999; 15: 247-256.

(4) Sanders J, Campbell R, Peters TJ. Effectiveness of pain relief during perineal suturing. BJOG. 2002;109:1066-1068.

(5) Sanders J, Peters TJ, Campbell R. Techniques to reduce perineal pain during spontaneous vaginal delivery and perineal suturing: a UK survey of midwifery practice. Midwifery. 2005;21:154-160.

(6) Ruiz López R, Pagerols M, Ferrer I. El cuestionario del dolor en español. Pain. 1991; 5: 110S.

(7) Ruiz López R, Pagerols M, Collado A. Cuestionario del dolor en español: resultados de su empleo sistematizado durante el período 1990-93. Dolor. 1993;11S.

POSTER 177

AUTOR/ES:

Juan José Pulido Criado, Laura Molina Gallego, Matilde Castillo Hermoso, Rosa M. Domínguez Gaona, Brígida Molina Gallego.

TÍTULO:

NUEVO PERFIL SOCIO-DEMOGRAFICO DE LA LESIÓN MEDULAR

TEXTO DEL TRABAJO:

INTRODUCCIÓN:

En los últimos años el perfil de la lesión medular (LM) se está viendo afectado por los cambios socio-políticos y demográficos así como por el aumento de patologías degenerativas invalidantes de etiología indeterminada. Todo ello contribuye a que aparezca un nuevo tipo de usuario dentro del sistema sanitario.

OBJETIVOS:

Adquirir conocimientos, habilidades y actitudes en relación al abordaje de este escenario socio-sanitario.

Fomentar la interculturalidad en el ámbito de la atención a la discapacidad física..

Hacer frente a los nuevos modelos explicativos de la salud y la enfermedad inherentes al fenómeno migratorio. elaborando estrategias y planificación de cuidados en la atención del nuevo perfil del lesionado medular.

MATERIAL Y METODO:

Estudio descriptivo observacional, desde Septiembre del 2006 hasta Abril 2007.

Muestra: Pacientes lesionados medulares agudos, de cualquier etiología y de ambos sexos, ingresados en el Hospital Nacional de Parapléjicos en este período.

VARIABLES DE ESTUDIO:

- Sexo
- Etiología de la lesión medular y nivel
- Origen de procedencia.
- Profesión y nivel de estudios.

RESULTADOS:

Se hará un análisis comparando la epidemiología de la LM de los datos previos con los actuales. de la muestra total de 117 pacientes obtenemos:

- Género el 70,9% son hombres y el 29,09% mujeres.(aumento de mujeres respecto a estudios consultados).
 - Edad categorizada en 4 grupos: < de 18 años 4,27%, de 19 a 30 años 24,79%, de 35 a 65 años 53,85% y > de 65 años 17,9%.(aumento de la edad media=42 años).
 - La etiología de la lesión: traumática 68,38% y no traumática 31,62%.(aumento de las no traumáticas)
 - Lesiones traumáticas los accidentes laborales son la 2ª causa tras los accidentes de coche.(aumento respecto a años anteriores)
- q en relación al origen de procedencia, el 17,4% son inmigrantes.(nuevo usuario respecto a lesión medular)

CONCLUSIONES:

Rediseñar planes de cuidados exentos de etnocentrismo sanitario; basados en:

- Cambios de actitud y conductas desde el respeto y la reflexividad.
- Eliminar barreras físico-psíquicas y culturales.
- Suprimir del discurso enfermero expresiones xenófobas.
- Asumir la interculturalidad: comprensión de diferentes modos de percepción de la enfermedad y de adhesión al tratamiento. - cambiar la perspectiva socio-sanitaria en relación al nuevo contexto sociocultural:
- Políticas sanitarias encaminadas a superar barreras socioculturales en un mundo de barreras arquitectónicas. .

BIBLIOGRAFÍA:

- Krause J.S., Brodterick L.E., Saladin L.K. Racial disparities in health outcomes after spinal cord injury: mediating effects of education and income. *J. Spinal Cord Med.* 2006;29(1):17-25.
- Ditunno P.L., Patrick M., Stineman M. Cross-cultural differences in preference for recovery of mobility among spinal cord injury rehabilitation professionals. *Spinal Cord.* 2006.Sep;44(9):566-75.
- Mazaira J., Romero J., Alcaraz M.A y cols. Epidemiología de la lesión medular de 8 CCAA 1974-1993. *Médula Espinal.* 1997.
- Felip Santamaria N., Gayoso Martin S. *Inmigrantes y Atención Sanitaria en España.* 2003

POSTER 178

AUTOR/ES:

Autor/es: R. Pulido Mendoza, I. Aparicio Goñi; J. Garcia Salinero, C. Goday Arean; R. González Hervias ; M. Más Espejo .Escuela Universitaria de Enfermería de Cruz Roja
Dirección de Contacto: Avda Reina Victoria nº 28. Madrid 28003

TÍTULO:

Evaluación de la utilidad de la Plataforma Libre Moodle, como herramienta metodológica colaborativa y de aprendizaje reflexivo , en la

TEXTO DEL TRABAJO:

Objetivos

General: Evaluar la utilidad de la Plataforma Libre Moodle, como herramienta metodológica colaborativa y de aprendizaje reflexivo, en la formación de los alumnos de la EUE Cruz Roja.

Objetivos específicos, entre los que señalamos:

- Evaluar la relevancia, interactividad, la importancia como factor de desarrollo del pensamiento reflexivo, la interactividad, el apoyo de los tutores, el apoyo de compañeros y la interpretación que los alumnos, en esta experiencia de aprendizaje on-line

Métodos:

Tipo de diseño: Estudio descriptivo, realizado en dos fases, la primera entre los meses de Septiembre y Diciembre de 2007 y la segunda, entre los meses de Febrero y Junio de 2008, en la EUE de Cruz Roja

Población a estudio. En la primera fase: los 266 estudiantes de los tres cursos de dicha escuela que, con carácter voluntario u obligatorio, se inscribieron como alumnos en la plataforma. y los 10 profesores de dicha escuela,. En la 2ª fase un total de ??????????, de alumnos de 3º curso, que realizaron las prácticas entre los meses de Febrero a Junio a los que se les pidió realizar un cuestionario al final de las mismas .

Las variables de estudio: Entre otras señalamos: El sexo, el curso, las asignaturas, las modalidades de actividad, realizada los recursos colgados, el tiempo empleado, la relevancia, la interactividad, la importancia como factor de desarrollo del pensamiento reflexivo, el apoyo de los tutores, el apoyo de compañeros y la interpretación que los alumnos en esta experiencia de aprendizaje on-line , etc

Método de recogida de información: Para la fase I Se llevo a cabo mediante el registro directo y sistematizado de cada una de las variables anteriormente mencionadas.

Para la fase II. A los alumnos de 3º curso, en prácticas, se les colgaron semanalmente en la plataforma unas fichas de competencias, especificas por tipo de servicio (Infantil, cuidados especiales, A. Primaria), que debían cumplimentar. Así mismo debían inscribirse en un foro de debate. Finalmente para conocer la valoración sobre ambas actividades se utilizaron 2 cuestionarios diferentes (uno para profesores y otro para alumnos) . Estos cuestionarios fueron adaptaciones de los existentes en la Plataforma Moodle, a los que se añadieron algunos items, relevantes para los objetivos del estudio.

Análisis de la información: Se llevó a cabo a través de la descripción de las distribuciones de frecuencia de cada una de las variables del estudio, así como de la búsqueda de relaciones entre las variables más relevantes., para ello se utilizó el programa SPSS,. Versión 15,.0

Resultados Fase I. Asignaturas incritas 1ª curso: Anatomía Descriptiva, Bioestadística, Historia y Funda del Cuidado, Enfermería Psicosocial. 2º curso: Enfermería Méd.- quirúrgica .3ª curso : Enfermería Maternal, Prácticas en A. Primaria.

Actividades realizadas: 2 asignaturas utilizaron Foro de Debate; 1 fichas de competencias; 2 resolución de casos ;2 asignaturas glosarios y 2 realizaron diversos cuestionarios. El tiempo medio utilizado por alumno o profesor fue diferente según el tipo de asignatura(evaluable o no), pero oscilaban entre 3 y 6 horas a la semana

Resultados Fase II El 95% de los alumnos considera la Plataforma Virtual como relevante para su proceso de aprendizaje El 87,25 % considera que favorece el pensamiento y aprendizaje reflexivo El 72% considera que favorece la interactividad entre estudiantes Apoyo del tutor ¿?????????????????????????????????????.El 60,9% considera que la plataforma favorece el apoyo entre compañeros. El 95,85% considera que este método permite interpretar correctamente los mensajes y contenidos emitidos por esta vía , tanto por tutores como por otros estudiantes

Discusión . Este estudio nos ha permitido demostrar la positiva valoración que los estudiantes de

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y acreditación. Libro Blanco. Título de Grado en enfermería. 2005. Disponible en:
URL: http://www.aneca.es/activin/docs/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf
- 2.- Alfonso Roca, M.T . “ Metodología docente e innovación pedagógica”. En Facilitando el aprendizaje I Congreso Nacional de Calidad de la enseñanza. . Murcia: Universidad de Murcia .2003.
- 3.- Antón Nardiz, M.V. Título ¿En : El aprendizaje basado en problemas: una herramienta para toda la vida. Madrid: Agencia Lain Entralgo para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios, 2004.
- 4.- Biggs, J. Calidad del aprendizaje Universitario. Edit Narcea 2006.
5. - Brown, S.; Glasner, A. Evaluar en la Universidad Problemas y nuevos enfoques. Edit Narcea 2007
- 6.- Burón F.J et alt. e-aprendo, Virtual Learning Management based on Moodle.2006 Disponible en URL: [http://www.google.es/search?hl=es&q=E APRENDO%2C+vIRTUAL+&meta=](http://www.google.es/search?hl=es&q=E+APRENDO%2C+vIRTUAL+&meta=)
- 7.- Cebrián, M. Enseñanza virtual para la innovación Universitaria. Edit Narcea 2006
- 8.- Cejuela R. et alt. Evaluación de la plataforma moodle en la formación semipresencial de entrenadores personales y deportivos.. Disponible en: URL http://www.dgde.ua.es/congresotic/public_doc/pdf/26133.pdf.
- 9.- Fernandez, J.R. La hora del E- Aprendizaje Diciembre 2005. Disponible en URL : <http://www.linux-magazine.es/issue/13/Educacion.pdf>
- 10.- Gomez M. et alt. Aprendizaje en red con plataformas libres como apoyo a la docencia con créditos ECTS. 2006. Disponible en URL <http://www.uam.es/europea/antiguaEEES/pdfs/2.pdf>
- 11.- Fernandez, F. Metodología Participativa en la Enseñanza Superior. Edit Narcea 2005
- 12.- Pedraz, A., et Al . Impacto del aprendizaje basado en problemas en la formación Práctica de los estudiantes de enfermería. Libro de ponencias del X Encuentro de Investigación en enfermería. ISCIII, 2006.
- 13.- Pérez R et alt. Algunas experiencias didácticas en el entorno de la plataforma Moodle. 2008. Disponible en : <http://labora>

POSTER 179

AUTOR/ES:

Miret, M. T.; Bernalte, A.; Gala, F.; Lupiani, M.; (Grupo CTS – 386) Vallejo, J.; González, M. J. (Enfermeros en Mozambique)

TÍTULO:

Mozambique, la presencia de la muerte

TEXTO DEL TRABAJO:

1. Introducción. Ciertamente la actitud de ayudar o cooperar para mejorar la situación de las poblaciones, afectadas por desastres naturales como la sequía que produce hambrunas o las pandemias como el SIDA; por movimientos migratorios en busca de la salvación, de catástrofes naturales o políticas (guerras), etc. se ha desarrollado en nuestro país en los últimos 20 años de forma constante, y la participación de nuestros ciudadanos también, dando pie a que contemplemos la diferencias inquietantes entre dos mundos España -en este caso- y Mozambique, dos formas diferentes de nacer, vivir, enfermar y morir, en definitiva dos tipos de patocenosis.

2. Objetivo. Generalizar una experiencia sobre la muerte que delimita dos espacios culturales y dos patocenosis.

3. Métodos. El trabajo de cooperación internacional nos llevó al Africa subsahariana, quizás la zona del planeta más presionada por las hambrunas, las guerras y la enfermedad. La metodología ha sido cualitativa, la epistemología de tipo hermeneúutico, el método el trabajo de campo antropológico y la técnica utilizada ha sido la observación participante, esta ha sido empleada por los dos observadores, tanto en la calle, en los centros sanitarios, en los poblados y en las interacciones con otros cooperantes y con sus programas, a través de ellos.

El período de observación en un caso fue de siete meses, en el otro un mes y medio.

El análisis se ha realizado por contrastación y revisión del discurso de los dos observadores sobre la observación realizada.

4. Resultados.

1º El ciclo vital es diferente para hombres y mujeres, siendo el de la mujer el paso de ser hija de, a mujer de y madre de, lo cual implica la importancia de los hijos.

2º La asimetría hombre mujer, que se puede visualizar simplemente con el mantenimiento de la poliginia en el hombre

3º La diferencia en la vivencia de la enfermedad y de la muerte y de sus implicaciones, sobre todo para las mujeres

4º La falta de preparación cuando llegamos -como europeos- para la enfermedad y su vivencia, la aceptación que parece existir -sobre todo en la mujer- de la fatalidad, nuestras coordenadas sobre la muerte no permiten la traducción de la muerte vivida así, o sobrevenida así.

5º La falta de recursos que implica una dejación terrible, no pueden acceder a los servicios en muchos casos y se quedan en casa pues no hay dinero para ir al hospital con el riesgo que ello implica (por ejemplo en las embarazadas).

6º La existencia como alternativa cultural a los curanderos, hoy día compartida con la existencia de Iglesias y Sectas que también realizan ritos curativos.

7º La falta de recursos humanos y de preparación de los mismos, en ciertos casos, también es un condicionante directo de las muertes

8º Y un impacto personal, una sensación de soledad personal ante una situación que te supera en muchos momentos.

4. Discusión. La actitud de ayuda es consustancial a la apreciación de las dificultades que ciertos grupos de personas y/o regiones padecen; cooperar sobre el terreno implica atravesar una frontera de líneas en un mapa, pero también una frontera simbólica, donde la muerte vuelve a ser un concepto de la vida cotidiana; vivir la enfermedad y la muerte sin recursos de las personas, implica la necesidad de protegernos; y representar a la sociedad opulenta en una zona endémica de SIDA, Malaria, Tuberculosis, y Malnutrición, hace que nos aferremos al componente más técnico o profesional que tengamos.

BIBLIOGRAFÍA:

- Barley, N. (1989) "El antropólogo inocente" Ed. Anagrama. Barcelona
- Bernalte, A.; Miret, M. T. (2007). "Introducción a la antropología de la salud, la enfermedad y los sistemas de cuidados". Buenos Aires. Ed. Libros en Red.
- Bernalte, A.; Miret, M. T. y otros.(2000) Actas del II Coloquio Internacional de estudios sobre África y Asia. "Antropología de la salud: Patocenosis comparadas. algo se nos escapa ". UNED Melilla – Ed. Algazaras S. L.
- Creswell, R.; Godelier, M. (1981) " Útiles de encuesta y de análisis antropológicos". Madrid. Ed. fundamentos.
- Giobellina, F. (2000). "Umbanda. El poder del margen". Cádiz. Servicio de publicaciones de la Universidad de Cádiz.
- Junod, H. (1996). "Usos e costumes dos Bantu". Tomo I. Maputo. Arquivo Histórico de Moçambique.
- Junod, H. (1996). "Usos e costumes dos Bantu". Tomo II. Maputo. Arquivo Histórico de Moçambique.
- Loforte, A. M. (2003). "Género e poder entre os Tsonga de Moçambique. Lisboa. Ela por Ela.
- Malinowski, B. (1986). "Els argonautes del pacífic occidental". (Volumen I) Edicions 62. Barcelona.
- Waterhouse, R.; Vijfhuizen, C. (2001). Strategic women, Gainful men, land and natural resources in different rural context in Mozambique. Maputo. Imprensa Universitária- U.E.M.