

Book of abstracts

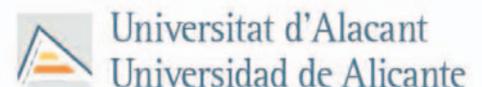
Libro de ponencias

XIII Encuentro Internacional
de Investigación en Enfermería

13th International Nursing
Research Conference

Alicante, España
11-13 Noviembre 2009

Alicante, Spain
11-13 November 2009



Patrocinan
Sponsor



Vicerrectorado de Relaciones Institucionales



Escuela Universitaria de Enfermería



ISBN: 978-84-692-6611-3

Edita: Instituto de Salud Carlos III. Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii). Madrid, 2009

**Este libro recoge íntegra 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.*

Mesa de comunicaciones 1: Cuidadores

Concurrent session 1: Caregivers

AUTORES/AUTHORS:

Juana Robledo Martín, M^a Cristina Martín-Crespo Blanco, Ana Belén Salamanca Castro

TÍTULO/TITLE:

FACTORES SOCIOCULTURALES DETERMINANTES DE DESIGUALDADES EN SALUD EN INMIGRANTES LATINOAMERICANAS CUIDADORAS DE ANCIANOS

España, durante las últimas décadas, ha pasado de ser un país emisor de mano de obra hacia el exterior, a ser un país receptor de esta, de hecho, según datos del Padrón de 2008, los extranjeros han pasado de representar el 2,3 % de la población de España en el año 2000 al 12 % en estos momentos (1).

Debido a los vínculos históricos y culturales existentes, España es uno de los destinos predilectos para las personas de países latinoamericanos, siendo ésta una inmigración fundamentalmente femenina, lo que ha propiciado un cambio en la concepción del papel de la mujer dentro del fenómeno migratorio. La mujer, durante las décadas de los 70 y los 80 del pasado siglo, era considerada como reagrupada en el proyecto migratorio de su marido, pero, durante la década de los 90 se reconoció su papel activo en los procesos migratorios, convirtiéndose en las sustentadoras de la familia: fenómeno conocido como ?feminización de la migración? (2). Una de las tareas que con mayor frecuencia desempeñan las mujeres inmigrantes son las relacionadas con el trabajo doméstico y el cuidado de personas mayores, ya que la incorporación de la mujer al trabajo remunerado, junto a la mayor esperanza de vida, ha supuesto la aparición de la llamada ?crisis del cuidador informal?, conduciendo así a la aparición de la figura de los cuidadores no profesionales que prestan sus servicios como externas o internas (siendo en este último caso un sector exclusivo de mujeres inmigrantes) (3).

El incremento de la población inmigrante así como el cambio en sus características nos llevó a realizar un estudio financiado por el Ministerio de Sanidad cuyos objetivos eran evaluar, recopilar y difundir la bibliografía existente sobre la influencia de las características socioculturales en la salud de las mujeres inmigrantes latinoamericanas cuidadoras de ancianos en domicilio. Para conseguir los objetivos del estudio se realizó una revisión exhaustiva de la literatura existente sobre salud en mujeres inmigrantes latinoamericanas. Teniendo en cuenta que nuestro centro de análisis es la influencia de los factores socioculturales como determinantes del nivel de salud, hemos delimitado nuestro ámbito de actuación a estudios llevados a cabo en el territorio español.

Se realizó búsqueda manual en la Biblioteca Nacional, Instituto de la Mujer, Agencia Española de Cooperación Internacional, Biblioteca Hispánica, Bibliotecas IUEM, Bibliotecas CSIC, Bibliotecas de la UCM, Bibliotecas de la Universidad Autónoma de Madrid; y búsqueda virtual en las siguientes bases de datos: CUIDEN, Cochrane, Medline, DIALNET, CINDOC, REBIUN, red de bibliotecas y centros de documentación de mujeres, Observatorio Permanente de la Inmigración, Instituto de Estudios Políticos para América Latina y África, Federación de Mujeres Progresistas, Instituto Universitario de Estudios sobre migraciones de la Universidad de Comillas, TESEO, Catálogo virtual Miguel de Cervantes.

Para la búsqueda se establecieron los siguientes bloques de descriptores:

- Bloque A: de género (mujer, mujeres, género).
- Bloque B: de salud (salud, enfermedad, servicios sanitarios, calidad de vida, bienestar).
- Bloque C: de inmigración (inmigrantes, inmigración, migraciones).

La estrategia de búsqueda realizada fue en base a estos tres campos:

(Bloque A) AND (Bloque B) AND (Bloque C).

Se excluyeron los artículos publicados antes de 1998, en idioma diferente al español o que el colectivo inmigrante que se abordara no fuese población latinoamericana.

Se realizó una evaluación crítica de los estudios obtenidos en base al planteamiento de objetivos, definición de población de estudio, selección de la muestra, forma de recogida de información, tratamiento de datos, discusión y adaptación a los objetivos propuestos por el estudio.

En cuanto a los resultados podemos señalar que el perfil de la población son mujeres de 27-39 años, con hijos y con un nivel formativo medio-alto. Un tercio de ellas están empleadas en servicio doméstico, generalmente, como internas. Forman parte de redes sociales cerradas y consiguen su trabajo a través de éstas. Conciben la salud como la ausencia de enfermedad.

Desde la asistencia esta población se percibe como joven y sana, muy demandante de servicios sanitarios, que acude a demanda dificultando las labores de seguimiento y prevención. Su trabajo como internas les dificulta el acceso a la consulta programada (acuden a demanda). Consultan, principalmente por somatizaciones debidas al estrés por el traslado, la soledad y su situación social, además de demandar prácticas sanitarias habituales en sus países de origen.

El pertenecer a redes sociales cerradas limita mucho sus posibilidades de cambio de ocupación y acceso a otro tipo de información sanitaria o social.

Concluimos que existe una barrera cultural que dificulta la comunicación entre el profesional sanitario y la mujer inmigrante latinoamericana, que incluso a veces llega a ser también lingüística, no comprendiendo en ocasiones el diagnóstico o la necesidad de acudir a consulta con una determinada frecuencia.

El concepto de salud de la población inmigrante difiere del nuestro, nosotros entendemos la salud como un bien de consumo y sin embargo el inmigrante ve la salud como un bien de uso que les permite mantener su actividad laboral. En su mayoría entienden la salud como la ausencia de enfermedad y esto va a determinar en gran medida la dificultad que refieren los profesionales sanitarios con respecto a la implantación de medidas preventivas en el colectivo de personas inmigrantes.

El proceso de inmigración supone la elaboración de un duelo por todo aquello que han dejado atrás, su familia, amigos, costumbres, etc. La elaboración de este duelo, en función de las características de acogida en nuestro país y de su situación personal, puede determinar trastornos mentales, que ocasionan un elevado número de visitas no sólo de índole mental sino mayoritariamente correspondientes a diversas somatizaciones.

Consideramos que tener en cuenta las características socioculturales de este colectivo permitirá a los profesionales planificar sus acciones de forma más efectiva, facilitando el mutuo entendimiento y mejorando así la calidad asistencial.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Padrón municipal 2008. Instituto Nacional de Estadística [online] [acceso el 29 de junio de 2008]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e245/&file=inebase>
2. Parella Rubio S, Mujer, inmigrante y trabajadora: la triple discriminación, Anthropos, 2003
3. Sánchez Gallo F, ?Atención a las mujeres mayores desde un ayuntamiento? en Maquieira D´Angelo V, Mujeres mayores en el siglo XXI. De la invisibilidad al protagonismo. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), 2002.

AUTORES/AUTHORS:

Victoria Delicado Useros, Carmen Ortega Martínez, Francisco García Alcaraz, Antonia Alfaro Espín, Eduardo Candel Parra, Antonio Alcarria Rozalén, Teresa Copete González, Susana García Molina, Ana Barnés Martínez

TÍTULO/TITLE:

Autoestima, apoyo familiar y social en cuidadores familiares de personas dependientes

OBJETIVOS:

1. Describir el perfil sociodemográfico de las cuidadoras y las características del cuidado que prestan.
2. Conocer la autoestima de cuidadores familiares de personas dependientes.
3. Determinar el apoyo familiar y social de las mismas.

MATERIAL Y MÉTODO:

- Naturaleza y tipo de estudio: Observacional, transversal y descriptivo.

- Población objeto de estudio: Cuidadores-as informales de personas dependientes del área de salud de Albacete. La muestra está formada por 59 personas identificadas como cuidadores primarios por los profesionales de AP.

Criterios de exclusión: Cuidadores-as retribuidos, mayores de 80 años y profesionales sanitarios.

- Captación: A partir de los listados de los programas de pacientes inmovilizados y terminales del área de salud de Albacete. Se estableció un censo de cuidadores primarios a los que se les ofertó participar en el estudio. El trabajo de campo, correspondiente al proyecto FIS PI061197. 2006-2009 se realizó entre octubre de 2008 y mayo de 2009.

- Fuentes de información: Datos basados en encuestas validadas (escala de autoestima de ROSEMBERG, percepción de la función familiar cuestionario APGAR FAMILIAR) y cuestionario de elaboración propia sobre variables sociodemográficas relevantes de cuidadores-as y personas cuidadas, dedicación y motivación para el cuidado, redes sociales y recursos de apoyo.

- Análisis de la información: Frecuencias y estadísticos descriptivos de las principales variables en estudio. Comparación de medias o proporciones con las pruebas correspondientes según la naturaleza cualitativa o cuantitativa de las variables

RESULTADOS:

Perfil sociodemográfico de las personas cuidadoras:

Edad: La media de edad de las personas cuidadoras se sitúa en 56,7 años. La distribución por edades muestra que una alta proporción tiene una edad avanzada (un 50% tienen más de 55 años, un 25% tiene 64 o más años y sólo un 25% tiene menos de 50 años).

Sexo: La mayoría son mujeres, un 96.6% son mujeres y sólo un 3,4% son varones. Este dato, llamativo, nos hace pensar en la escasa implicación de varones en los cuidados de larga duración.

Respecto al estado civil, predominan las casadas (66,1%), seguidas de solteras (20,3%), viudas (8,5%) y separadas/divorciadas (5,1%). Los varones cuidadores de esta muestra son personas casadas.

Nivel de estudios: El 37,9% tiene estudios primarios, un 29,3% sin estudios y sólo un 8,6% tiene estudios universitarios. Casi dos tercios de las estudiadas (un 61%) tienen estudios primarios o secundarios.

Ocupación: el 69% son amas de casa y el 8,6% son jubilados. Trabajan el 19%, la mayoría a tiempo completo (13,8% del total) y un 3,4% están desempleados. Los varones que cuidan están jubilados o en desempleo, en este estudio.

Parentesco: El 67,8% de las cuidadoras son hijas. Un 15,3% son cónyuges (parentesco de todos varones cuidadores). Otros parentescos son: un 5,1% de madres, seguidas de hermanas (3,4%), nueras (3,4%) y el resto (5,1%) se distribuyen entre sobrinas, nietas y cuñadas. No se han encontrado hijos varones cuidadores en esta muestra.

Convivencia con la persona cuidada: El 71,2% tienen una convivencia permanente con la persona dependiente. Conviven temporalmente el 11,9% y tienen viviendas separadas el 16,9% de los casos.

Características del cuidado:

Se identifican variables relativas al rol del cuidador-a, duración e intensidad de la actividad de cuidado, motivación para cuidar y presencia de cuidadores secundarios.

Respecto a la dedicación al cuidado: el 79,7% de los estudiados son cuidadores principales y el resto (20,3%) son cuidadores que rotan (son cuidadores primarios en determinadas épocas, alternando con otras personas la atención y el cuidado). En esta muestra se identificó de entrada a cuidadores-as primarios, por lo que se excluyeron de inicio los cuidadores secundarios.

La duración del cuidado es alta en muchos casos, aunque muy variable (se distribuye en un rango desde los tres meses a los treinta y dos años cuidando). En promedio cuidan unos 9,6 años ($EE=0,9$), con una SD de 7,07. Respecto a la distribución observamos que el 33,9% lleva cinco años o menos cuidando, el 69,5% lleva 10 años o menos y el 25% que más tiempo lleva cuidando lo hace desde 13 años o más.

En relación a la intensidad del cuidado (horas dedicadas por día o semana) encontramos mucha variación, aunque la mayoría refiere una alta intensidad (el 55% de los casos dicen que cuidan 24h al día). Sólo un 20% cuida menos de 80 horas/semanales. Los valores oscilan desde 20 a 168 horas semanales, con una media de 135,8 ($EE=6,9$) y una SD de 45,5. Si comparamos esta dedicación con la jornada laboral habitual (40 horas semanales), sólo cuatro casos (6,9% del total) tienen una dedicación de 42h o menos a la semana.

Respecto a la formación previa, sólo un 20,3% de los casos recibió formación específica como cuidador-a.

El porcentaje de casos en que hay otros cuidadores secundarios es de algo más de un tercio (33,9%).

Respecto a la motivación para el cuidado, en la mayoría de los casos se identifica la iniciativa propia (84,7%) y es pequeño el % en que otras razones (más ajenas a la voluntad del cuidador) han llevado a asumir este rol. Así, identifican que la decisión es familiar un

8,5%, lo pidió la persona cuidada en el 3,4% y otras razones un 3,4%.

Autoestima de los cuidadores-as:

En relación a la autoestima, más del 70% no se considera fracasado, están orgullosos de su labor y piensan que sirven para cuidar. Entre el 85 y el 98% creen que tienen cualidades buenas como cuidador-a y que pueden realizar el cuidado tan bien como la mayoría de cuidadores-as. La distribución de respuestas sobre la escala de autoestima de Rosemberg se aprecia en la siguiente tabla.

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Respuestas en %

PUNTUACIÓN 

N=59 Muy de acuerdo

(1) De acuerdo

(2) En desacuerdo

(3) Muy en desacuerdo (4)

Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracasado/a.

- 12,1 15,5 72,4

Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mí.

1,7 8,6 19,0 70,7

Desearía valorarme más a mí mismo/a.

26,3 21,1 19,3 33,3

A veces me siento verdaderamente inútil.

12,1 12,1 13,8 62,1

A veces pienso que no sirvo para nada.

- 12,1 15,5 72,4

Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en la misma medida que los demás.

72,4 24,1 3,4 -

Creo que tengo varias cualidades buenas.

71,9 24,6 3,5 -

Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.

72,4 27,6 - -

Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.

56,9 29,3 12,1 1,7

En general estoy satisfecho/a conmigo mismo/a.

67,2 29,3 1,7 1,7

Nota: Se marcan en gris las respuestas indicativas de baja autoestima

La escala de Rosemberg permite una estimación numérica para medir la autoestima global y, en esta puntuación el valor medio de los cuidadores estudiados es de 23,38 (sobre una puntuación máxima de 40 puntos) y con una distribución de puntuaciones que oscila de 16 a 29 y una SD= 7,07. La proporción de sujetos con baja autoestima (menor o igual a 20 puntos) es del 12,1%, mientras

el 79,9% tienen una autoestima aceptable o buena.

Apoyo familiar:

Un primer dato de interés es el tamaño de la unidad familiar en que se cuida a la persona dependiente. En la población de estudio, las familias que conviven están formadas por un número de sujetos de 2 a 6 y en un 7% de casos la persona dependiente vive sola (el cuidador-a vive en otro domicilio). El tamaño medio de la unidad familiar es 3,05 y sólo el 25% son cuatro o más sujetos. En un 25% el número de convivientes es dos o menos.

Según los resultados de la percepción de función familiar (Cuestionario Apgar Familiar) muestran que una mayoría de las personas estudiadas se considera satisfecha con la ayuda recibida por la familia, con la convivencia, afecto y comunicación entre los miembros de la familia. No obstante, en las distintas preguntas hay una proporción variable de sujetos (entre el 8 y el 32%) que sólo a veces se siente satisfecho con estas frente al 30% aproximadamente que solo está satisfecho a veces. Una pequeña parte (entre el 8,6 y el 12,1% que responde ¿casi nunca?) expresa carencias importantes en todos los aspectos, excepto en el afecto percibido por su familia. Respecto a la pregunta sobre la ayuda recibida de su familia ante cualquier problema, se dan los mayores porcentajes de insatisfechos.

Los resultados que se obtuvieron en la escala Apgar familiar se observan en la siguiente tabla:

PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR ? CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Puntuación 

N= 59 (Respuestas en %) Casi nunca (0) A veces (1) Casi siempre (2)

¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema? 12,1 32,8 55,2

¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa? 6,9 17,2 75,9

¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa? 8,6 8,6 82,8

¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos? 8,6 20,7 70,7

¿Siente que su familia le quiere?

- 8,6 91,4

El Apgar familiar permite evaluar sintéticamente la función familiar percibida. La escala tiene una puntuación que puede oscilar entre 0 y 10 puntos. Según esta escala el valor medio del grupo estudiado es 8,4; el valor mínimo es 2 y el máximo 10 y la proporción de sujetos con 5 o menos puntos es el 12,1% de los casos (los que se podrían considerar con carencias en la función familiar). Por otro lado, el 87,9% puntúan entre 6 y 10 (el 41,4% alcanza la máxima puntuación).

El apoyo familiar también se pone en evidencia con otras variables estudiadas como la disposición o no de cuidadores secundarios (generalmente otros familiares) y con la dedicación semanal de éstos. Como ya se ha señalado, sólo un 33,9% de los estudiados disponen de cuidadores secundarios que dedican un promedio de 14,9 horas semanales (oscilando entre dos y cuarenta horas) y con una desviación típica de 12,1. Un 25% dedica cinco horas semanales o menos y otro 25% dedica más de 23h.

Apoyo social:

Se evalúa con preguntas directas sobre si recibe ayuda de algunas de las siguientes personas o grupos: vecindad, asociaciones, voluntariado y amistades.

Las respuestas se distribuyen como sigue:

- Apoyo de vecinos-as: Sí 11,9%; No 88,1%
- Apoyo de asociaciones: Sí 5,1 %; No 94,9%
- Apoyo de voluntariado: Sí --- No 100%
- Apoyo de amistades: Sí: 12,3% No 87,7%

En una pregunta general sobre el apoyo percibido, el 32% manifiesta que durante las dos últimas semanas había alguien dispuesto a ayudarle y el mismo porcentaje considera que había algunas personas dispuestas a ayudarle. Un 3.8% consideraba que no había nadie dispuesto a ello y un 12,1% responde que todo el mundo está dispuesto a ayudarle. En conjunto, exponen escasos apoyos un 24,1% de los estudiados.

DISCUSIÓN:

El perfil de cuidadores de la muestra estudiada difiere respecto a otros estudios en la escasa presencia de varones. Una explicación a este resultado es que la propuesta de participación en el estudio sólo se hacía a quienes prestaban cuidados de larga duración, con responsabilidad como cuidadores primarios. En otros trabajos la oferta se amplía a quienes juegan el rol de cuidadores secundarios.

La mayoría de las cuidadoras tiene un buen nivel de autoestima y una buena percepción de apoyo social y familiar. Aproximadamente un tercio de las cuidadoras manifiesta quejas sobre falta de apoyo y/o presenta una autoestima baja.

La atención de la enfermera comunitaria debe incluir entre su población diana a las personas que cuidan a sus familiares y desarrollar actividades - tanto individuales como grupales- de educación, apoyo psicológico y motivación. Todo ello puede mejorar tanto la autoestima como el apoyo familiar y social de los cuidadores y las personas dependientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS). Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco de la Dependencia, Madrid: 2004 ? Heierle, C. Cuidando entre cuidadores. Intercambios de apoyo en la familia. Granada: Fundación Index y AAEC, 2004 ? Delicado MV. Familia y cuidados de salud. Calidad de vida en cuidadores y repercusiones sociofamiliares de la dependencia. Tesis doctoral. Universidad de Alicante, 2003. Publicación en Internet, a través del portal <http://www.umi.com> ? Durán MA. Informe sobre el impacto social de los enfermos dependientes por ICTUS. Informe ISEDIC. Madrid: MSD, 2004 ? Durán MA. Los costes invisibles de la enfermedad. -2ª edición- Bilbao: Fundación BBVA, 2002 ? Rodríguez G. (coord.) La protección social de la dependencia. Madrid: MTAS, Secretaría General de Asuntos Sociales- IMSERSO, 1999 ? Delicado M.V. Candel E. Alfaro A. López M. y García C. ?Interacción de enfermería y cuidadoras informales de personas dependientes?. Aten Primaria 2004; 33(4): 193-9

Mesa de comunicaciones 2: Cáncer

Concurrent session 2: Cancer

AUTORES/AUTHORS:

Maria Isabel Mariscal Crespo, Dolores Merino Navarro, Maria Loreto Maciá Soler, Francisca Lopes Camacho, Maria de los Angeles Mariscal Crespo, Maria Adelina Castro Rodriguez

TÍTULO/TITLE:

Autocuidados y salud en mujeres afectadas de cáncer de mama

Los autocuidados como comportamientos integrados en los estilos de vida, son el primer recurso para mantener el bienestar y la salud y pueden verse modificados a lo largo del ciclo vital cuando surgen problemas específicos. Esta modificación se relaciona con el impacto que produce el problema en la persona afectada y la duración del mismo, produciéndose déficits susceptibles de ser compensados parcial o totalmente, de forma transitoria y en algunos casos de forma indefinida.

A lo largo del proceso del cáncer de mama, surgen necesidades y problemas que cambian de forma cualitativa y cuantitativa las demandas de autocuidados de las mujeres afectadas de forma transitoria o permanente y de forma real o previsible. Cuando estas no son capaces de dar una respuesta adecuada se produce un déficit que repercute en su salud.

Partimos por tanto de la hipótesis de que las mujeres afectadas de cáncer de mama presentan déficits de autocuidados para el mantenimiento y recuperación de su bienestar y salud y que estos autocuidados tienen una relación directa con el bienestar y salud percibidos.

Los autocuidados específicos transversales en el cáncer de mama propuesto en el modelo, consisten en la integración de conocimientos, actitudes y habilidades en el repertorio habitual de autocuidados y la modificación y/o incremento de aquellos que sean necesarios para mantener o recuperar el bienestar y salud, de forma independiente y autónoma, a lo largo del proceso.

Objetivos

• Descripción de los autocuidados desarrollados por las mujeres afectadas de cáncer de mama

• Identificación de los factores con los que se relacionan los autocuidados

• Calcular los déficits de autocuidados y su distribución en la población estudiada, identificando posibles grupos de riesgo

• Analizar las relaciones entre autocuidados, bienestar y salud percibidos utilizando un modelo de autocuidado específico.

Métodos

Población objeto de estudio: todas las mujeres tratadas quirúrgicamente de cáncer de mama en Huelva.

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal de todas las mujeres tratadas quirúrgicamente de cáncer de mama en el Hospital General de Huelva durante los años 2001 y 2002, en total 155.

Aplicados los criterios de inclusión: encontrarse en periodo de adaptación post-tratamiento, residir en Huelva o provincia en el periodo de estudio, así como los criterios de exclusión: encontrarse en fase terminal de la enfermedad, fase de tratamiento (quirúrgico, quimioterápico y/o radioterápico), tener conocimiento insuficiente del castellano o deficiente capacidad cognitiva y contabilizando las mujeres fallecidas, ilocalizables y las que no desearon participar, se trabajó con 112 mujeres.

Los escenarios donde se realizó la investigación están relacionados con el espacio donde se desarrolla la vida de las mujeres afectadas de cáncer de mama, tras el tratamiento:

ámbito asistencial, familiar y social.

Las variables de estudio fueron las siguientes:

Variables sociodemográficas (edad, estado civil, hijos, estudios, actividad laboral, ingresos económicos y lugar de residencia), variables clínicas (Tipo de tratamiento recibido: quirúrgico, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia y presencia de linfedema).

Variable capacidad de autocuidados en las distintas dimensiones: conocimientos, actitudes y práctica de autocuidados generales, de desarrollo personal y relacionados con el problema de salud.

Variables de bienestar y salud percibidos: dimensiones física, psicológica, relaciones sociales y entorno.

La recogida de datos se ha realizado en el transcurso de entrevistas realizadas a las mujeres afectadas y a los profesionales implicados en el proceso, observación participante y la aplicación de dos cuestionarios:

Cuestionario CAESCAM, sobre autocuidados y WHOQOL-BREF para la valoración del bienestar y salud percibida y que han sido previamente validados.

Se ha realizado análisis de clusters, prueba de ANOVA y T de Student, comparando sus resultados con las pruebas no paramétricas

de Kruskal Wallis y U de Mann Whitney con el programa estadístico SPSS v 14.

A la vista de la existencia de altas correlaciones se estableció un modelo estructural de variación donde se proponía que la variable latente Autocuidados, dominio en que se reduce la puntuación de subescalas, influye sobre el factor latente de Bienestar percibido. Este modelo fue puesto a prueba mediante el método ULS empleando para ello el programa AMOS 5.0.

Se han tenido en cuenta los criterios éticos de investigación: consentimiento informado y permisos correspondientes.

Resultados

Las características de las mujeres fueron similares a la de otros estudios, edad media 54,74 años, en su mayoría casada, con hijos e ingresos económicos medios y bajos.

A un 70,5% se les ha practicado mastectomía, han sido tratadas con quimioterapia el 84,5%, con radioterapia el 82,% y con hormonoterapia el 73,7%. Presentaron linfedema el 12,5%, siendo éste leve en 9 casos, moderado en 4 y severo en 2 de ellos.

Se identifican déficits autocuidados reales o previsibles en todas las dimensiones estudiadas y que se relacionan con la edad, el nivel de estudios y los recursos económicos, al contar con un cuestionario con puntos de corte ha permitido también calcular el riesgo de presentar déficits de autocuidados en las distintas dimensiones, los conocimientos para los autocuidados se revela como factor determinante de los mismos.

Se observaron cuatro grupos de mujeres con distintas características sociosanitarias y déficits de autocuidados asociados: Clase I, asociada significativamente con el tiempo transcurrido desde la intervención quirúrgica, menos de 6 meses y bajo nivel de conocimientos para el autocuidado y autocuidados específicos en el cáncer de mama; Clase II, mujeres más jóvenes y que se asocia significativamente con déficit de autocuidados ligados al desarrollo personal; Clase III, mujeres que viven en las afueras de la ciudad o en zonas rurales, con baja renta y nivel de estudios y sin desarrollo de ningún trabajo remunerado que se asocia significativamente a bajo nivel de conocimiento y práctica de autocuidados en todas sus dimensiones y Clase IV asociada a mujeres que presentan linfedema.

Los Autocuidados y Salud han mostrado altas y complejas correlaciones entre las distintas dimensiones del autocuidado y de calidad de vida en sus distintos dominios en una intensa y compleja red de interrelaciones entre ambos constructos.

La estructura de covarianzas propuestas presenta un buen ajuste general, así como los coeficientes estandarizados de regresión que muestran que cada influencia específica es apropiada para ser considerada en el modelo y por tanto afirmar que existe influencia de los autocuidados en el bienestar y salud percibidos.

Discusión

Los resultados de este estudio son consistentes con informes de investigación sobre la relación entre autocuidados y salud en distintas patologías.

La identificación de grupos de alto y bajo riesgo respecto a presentar déficits de autocuidados en cada una de las escalas, permite establecer si una mujer se encuentra en situación de recibir intervenciones centradas en la prevención.

Al margen de que existan otros factores, los Autocuidados influyen directa e indirectamente sobre el bienestar y salud percibida de las mujeres afectadas de cáncer de mama, revelándose el autocuidado como un predictor de la CV.

Implicaciones para la práctica

Esta investigación nos ha permitido obtener información para el desarrollo de un modelo enfermero de autocuidados específicos, que ayude a las mujeres afectadas de cáncer de mama a gestionar su propio sistema de autocuidados de forma sostenida y que sea lo suficientemente flexible y adaptable para poder ser aplicado en otros problemas de salud.

El conocimiento del autocuidado eficaz puede mejorar la calidad de las estrategias de intervenciones enfermeras, enfocadas en la participación activa de las personas afectadas, para mejorar el nivel de bienestar y salud. Esto podría contribuir a la reducción de los costes asistenciales ya que las mujeres pertenecientes al grupo de bajo riesgo necesitarían evaluación y apoyo para la sostenibilidad de los autocuidados y permitiría dirigir las acciones prioritarias al grupo en riesgo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Cavanagh, S.J. (1993). Modelo de Orem. Aplicación práctica. (1ª edición). Barcelona: Masson Salvat. Denyes M.J. (1988) Orem's model used for health promotion : Directions from research. *Adv Nursing Scientific*, 11(1) :13-21 Orem, D.O., Vardiman, E. M. (1995). Orem's nursing theory and positive mental health: Practical considerations. *Nursing Science Quaterly*, 8 (4), 165-173. Orem, D.O. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (5ª ed). St. Louis: Mosby. Orem, D.O., McLaughlin K., Taylor, S. editors. (2003). *Self care theory: selected papers of Dorothea Orem*. New York. Springer Pub. Mariscal, M.I. (2007) Autocuidados y salud en mujeres afectadas de cáncer de mama. ProQuest Dissertations & Thesis. Moore, J. (1995). Measuring the self-care practice of children adolescents: Instrument development. *Maternal-Child Nursing Journal*, 23(3), 101-108. Palsson, M,B,, Norberg, A. (1997). Breast cancer patients experiences of nursing care wicth the focus on emotional support: The implementation of a nursing intervention. *Journal of Advance Nursing*, 21, 277-85. Pi-Ru, CH., (1994) Development and testing of a patient classification instrument derived from Orem's model. (tesis doctoral) University of Alabama at Birgmingham. USA.

AUTORES/AUTHORS:

Lucía Benito Aracil, Carmen Yagüe Muñoz, Sílvia Iglesias Casals, Mónica Salinas Masdeu, Alexandre Teule Vega, Conxi Lazaro Garcia, Ignacio Blanco Guillermo

TÍTULO/TITLE:

Evaluación del modelo BRCAPro como ayuda a enfermeras de Consejo Genético en la selección de candidatas a estudio genético

Introducción: El cáncer es un problema sanitario importante. En España, la incidencia de cáncer aumenta progresivamente cada año, siendo además la segunda causa de muerte, por detrás de los problemas cardiovasculares.

A nivel genético, el cáncer se desarrolla como consecuencia de la acumulación de errores o mutaciones en determinados genes, las cuales provocan un comportamiento anormal de las células. La mayoría de estas mutaciones aparecen en células diferenciadas y son adquiridas. Son las llamadas mutaciones somáticas.

Existe sin embargo un pequeño porcentaje de neoplasias que se deben a una predisposición heredada secundaria a mutaciones transmitidas por vía germinal (a través del padre o de la madre) y que está presente en todas las células del individuo. Son las llamadas mutaciones germinales. Los tumores originados por mutaciones somáticas son los llamados esporádicos, y aquellos con mutación germinal, hereditarios.

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en la mujer, y el tercero en la población en general. Su incidencia aumenta principalmente a partir de los 50 años. Entre los factores de riesgo implicados destacan los factores ambientales (p.e. estilo de vida) y los factores genéticos (p.e. historia familiar).

En algunas familias el cáncer de mama ocurre de manera más frecuente que otras. En estas familias podemos apreciar como diferentes familiares (3 o más) presentan cáncer de mama o tumores asociados como el cáncer de ovario, y, además, a edades mucho más jóvenes de lo habitual.

Recientes avances científicos han permitido identificar algunos de los genes implicados en el origen del cáncer de mama. Entre estos genes destacan los genes BRCA (breast cancer genes) 1 y 2. Las mutaciones en línea germinal en cualquiera de estos genes son las responsables del incremento significativo del riesgo de padecer cáncer de mama y ovario. La identificación de mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2 se realiza mediante el denominado test o prueba genética a partir del ADN germinal.

Estos estudios deben realizarse siempre en el contexto del Consejo Genético, con un asesoramiento individualizado antes y después de realizarse la prueba, discutiendo sus limitaciones y posibles riesgos y beneficios, no sólo de la prueba en cuestión, sino también de las opciones para la detección precoz y de las medidas disponibles para la reducción del riesgo.

El objetivo del consejo genético es atender a las necesidades que presentan los pacientes y sus familias en relación a la posibilidad de padecer o transmitir una enfermedad genética. Durante este proceso se determina el riesgo de cáncer, se ofrece educación sanitaria sobre los conceptos básicos de cáncer y genética, y promoción de la salud haciendo énfasis en las medidas de prevención primaria y secundaria (cribado) adecuadas para disminuir el impacto de la enfermedad. El proceso de consejo genético debe promover la toma de decisiones informadas y proveer la ayuda emocional necesaria.

La enfermera en consejo genético participa en el proceso de valoración y asesoramiento genético mediante el desarrollo de competencias específicas en las siguientes áreas de actuación:

- Recogida de los antecedentes familiares y personales oncológicos mediante la realización del árbol genealógico y los factores de riesgo relacionados con el cáncer.
- estima la probabilidad de ser portador de una mutación patogénica en los genes BRCA1 o BRCA2.
- proporciona información sobre el riesgo de cáncer de mama y la predisposición hereditaria al cáncer, facilitando comprensión sobre las posibilidades de transmisión, las opciones de diagnóstico molecular y las posibles implicaciones para la persona y sus familiares.
- ofrece educación sanitaria a los miembros de la familia promoviendo estilos de vida saludables que generen cambios en la

conducta para reducir el riesgo a desarrollar cáncer.

- y realiza soporte psicoemocional al paciente y a la familia durante todo el proceso que implica el consejo genético.

La selección de las familias candidatas a realizar el estudio genético es fundamental para optimizar los recursos y disminuir los posibles efectos secundarios. Esta selección suele basarse en criterios clínicos consensuados. Sin embargo, se han desarrollado diversos modelos matemáticos, como el BRCAPro, que calcula la probabilidad de un individuo de ser portador de una mutación patogénica en el gen BRCA1 y BRCA2 dada la historia familiar específica de cáncer.

El objetivo de nuestro estudio es determinar si el modelo predictivo BRCAPro puede ser una herramienta de ayuda para las enfermeras de Consejo Genético.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo prospectivo realizado en una Unidad de Consejo Genético, en el que 2 enfermeras, con diferente grado de formación en genética, han estimado la probabilidad de que diferentes familias puedan ser portadoras o no de mutaciones en los genes BRCA1/BRCA2. Para realizar esta determinación las enfermeras disponen de la información clínica que consta en el árbol genealógico que genera el programa BRCAPro y que contiene la información de tres generaciones como mínimo (familiares de primer, segundo y tercer grado), la edad actual de todos los familiares, la edad de defunción de los familiares muertos, y todos los casos de cáncer indicando el tipo y la edad al diagnóstico.

Las dos enfermeras que realizaron la estimación formaban parte de la unidad. La enfermera 1 (N1) tiene 8 años de experiencia en consejo genético y ha realizado 3 cursos de formación específica en cáncer hereditario y consejo genético. La enfermera 2 (N2) tiene tres meses de experiencia en consejo genético y una amplia formación oncológica pero sin formación específica en cáncer hereditario y consejo genético.

De un total de 600 familias estudiadas genéticamente en la Unidad, se seleccionaron aleatoriamente 157 familias que cumplían criterios de realización de estudio según la Oncoguía Catalana, tenían finalizada la secuenciación de los genes BRCA1 y BRCA2 y que tenían calculada la probabilidad de ser portador mediante el modelo BRCAPro. Se excluyeron aquellas familias con mutaciones de significado incierto.

De acuerdo con las recomendaciones internacionales se consideró el valor del 0,1 en el resultado del BRCAPro como punto de corte para determinar si las familias presentan una alta o baja probabilidad de ser portadoras de mutaciones en los genes BRCA1/BRCA2. De cada una de estas familias se recogieron las siguientes variables: probabilidad de ser portador según el criterio de N1, según el criterio de N2 y probabilidad obtenida por el modelo BRCAPro, resultado del estudio genético.

Los datos fueron almacenados en soporte informático mediante la utilización de un programa informático para la creación de bases de datos (Microsoft Access). A partir de los datos obtenidos se realizó la evaluación de la serie mediante el programa estadístico SPSS versión 13.0 para Windows.

El análisis descriptivo se efectuó mediante un análisis de la distribución de frecuencias en las variables categóricas y el cálculo de distintos estadísticos en las variables cuantitativas como la media y la desviación estándar (DE). Medidas como la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) se utilizaron para evaluar la estimación realizada.

Resultados: Características de la muestra: La muestra final fue de 157 familias, en 39 de ellas se detectó una mutación patogénica y 118 fueron indeterminadas. La media de la probabilidad obtenida en el BRCAPro fue de 0,24 (DE: 0,29) de las 157 familias. Las 118 indeterminadas obtuvieron una media de 0,19 (DE: 0,23) y las portadoras de mutación 0,38 (DE: 0,31). (p<0,000) El modelo BRCAPro clasificó 92 familias como familias con alta probabilidad de ser portadoras

Cada enfermera clasificó las 157 familias. La N1 clasificó 128 como alta probabilidad de ser portadora y la N2 30 familias.

Las medias obtenidas del valor BRCAPro en las familias clasificadas por las enfermeras N1 y N2 fueron:

N1. Baja probabilidad: 0,06 Alta probabilidad: 0,28

N2. Baja probabilidad: 0,18 Alta probabilidad: 0,47

Se calculó la sensibilidad, especificidad, VPP y VPN de ambas enfermeras y del BRCAPro:

Sensibilidad: 0,95 (N1), 0,28 (N2), 0,74 (BRCAPro).

Especificidad: 0,23 (N1), 0,84 (N2), 0,47 (BRCAPro).

VPP: 0,29 (N1), 0,37 (N2), 0,31 (BRCAPro).

VPN: 0,93 (N1), 0,78 (N2), 0,85 (BRCAPro).

La sensibilidad y el VPN aportan información sobre el número de familias portadoras de mutación que no serían detectadas si utilizásemos el criterio de ese evaluador. La sensibilidad obtenida por la N1 (0.94) fue superior tanto al modelo BRCAPRO (0.74) como a la N2 (0.28). También obtuvo valores superiores en el VPN.

La experiencia clínica aporta una alta sensibilidad y capacidad de asegurar que cuando no se indica un estudio probablemente el paciente no será portador de la mutación pero a costa de una pérdida significativa de especificidad. Tanto en la sensibilidad, especificidad, VPP, como en el VPN, el modelo de predicción BRCAPro obtiene valores intermedios entre ambas enfermeras.

Discusión: En este estudio hemos evaluado la utilidad del modelo predictivo BRCAPro en la actividad de enfermería de Consejo Genético. Los resultados del estudio nos muestran que los modelos de predicción matemáticos son una herramienta útil para enfermería en la selección de familias candidatas a estudio, independientemente del grado de formación del profesional de enfermería.

Estudios previos realizados por Antoniou et al., en los que analizan la sensibilidad de varios modelos en una serie de 1934 familias, obtienen valores de sensibilidad y VPN del BRCAPRO superiores a los obtenidos en este estudio, en cambio en especificidad y VPP han obtenido valores inferiores. Posiblemente esto debido a los criterios de selección de las familias a las que se les realiza estudio genético. En este estudio sólo se incluyeron aquellas familias que cumplían criterios estrictos de estudio genético según la Oncogüia Catalana.

En otro estudio realizado por Euhus et al., a parte de calcular la sensibilidad y especificidad del BRCAPro, también se calcularon la sensibilidad y la especificidad de un grupo de 8 especialistas en consejo genético con experiencia. Ellos obtuvieron como media de los 8 profesionales, valores muy parecidos a la N1 para la sensibilidad (0.94) y un poco inferiores a la especificidad (0.15). Y también como el grupo anterior, obtiene una sensibilidad del BRCAPro superior (0.92) a la nuestra y una especificidad inferior (0.16). En nuestro estudio solo hemos utilizado dos observadores y con características respecto a los años de experiencia muy diferentes, por lo que nos basamos en datos de una única muestra.

Reconocer las familias sugestivas de ser portadoras de mutación patológica en un gen con predisposición al cáncer es una de las diferentes funciones de la enfermera del consejo genético. Estimar la probabilidad de ser portador es una importante tarea en el consejo genético, sobretodo en estudios como el del BRCA1 y BRCA2, que son largos y caros de realizar y pueden tener implicaciones psicológicas del paciente. El modelo BRCAPro es una herramienta útil para calcular la probabilidad de un individuo de ser portador de una mutación en los genes BRCA1 y BRCA2. Es importante que enfermería sea conocedora de la existencia y utilización de estos modelos. Cuando existe una amplia experiencia clínica, este tipo de modelos son útiles para decidir en aquellos casos dudosos sobre la recomendación o no de estudio genético, y para mejorar la especificidad, disminuyendo así el número de estudios genéticos en los que no se detecta mutación patológica. Mientras que para profesionales con menor experiencia son herramientas muy útiles para aumentar la sensibilidad y el VPN, y en consecuencia disminuir la pérdida de familias que pudieran ser portadoras de mutación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Antoniou A.C. Antoniou et al. Predicting the likelihood of carrying a BRCA1 or BRCA2 mutation; validation of BOADICEA, BRCAPRO, IBIS, Myriad and the Manchester scoring system using data from UK genetics clinics. *J Med Genet* 2008;45:425-431.
- Baltzell K. Baltzell, Wrensch M. R. Wrensch. Strengths and limitations of breast cancer risk assessment. *Oncol Nurs Forum* 2005;32(3):605-616.
- de la Hoya M de la Hoya et al. Pre-test prediction models of BRCA1 or BRCA2 mutation in breast/ovarian familias attending familial cancer clinics. *J Med Genet* 2003;40:503-510.
- Euhus D. M. Euhus et al. Pretest prediction of BRCA1 o BRCA2 mutation by risk counselors and the computer model BRCAPRO. *J Natl Cancer Inst* 2002;94:844-851.
- Greco K. E. Greco,

Mahon S. Mahon. Common hereditary cancer syndromes. *Semin Oncol Nurs* 2004;20(3):164-177 - MacDonald D. J. MacDonald. The oncology nurse's role in cancer risk assessment and counselling. *Semin Oncol Nurs* 1997;13(2):123-128. - OncoGuía del consejo y asesoramiento genéticos en el cáncer hereditario. Barcelona: Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Junio 2006. - Yagüe C., Salvat M., Lopez C., Gadea N., Velasco A et al. Enfermeras en el consejo genético en cáncer. 2008; 10 (4): 38-40. *Revista oficial de la sociedad española de enfermería oncológica*

AUTORES/AUTHORS:

CARMEN MARÍA POZA ARTÉS, FELIPE MANUEL ORTIZ JIMÉNEZ, GÁDOR RAMOS BOSQUET

TÍTULO/TITLE:

Vivencias de los pacientes laringectomizados y cuidadores sobre el proceso de adaptación a su nueva

OBJETIVOS:

Conocer las vivencias de los pacientes laringectomizados y sus cuidadores sobre los efectos que la cirugía ha tenido en su vida diaria y cómo ha sido el proceso de adaptación a la nueva situación de salud.

METODOLOGÍA:

Diseño: Estudio descriptivo, con utilización de técnicas cualitativas.

Emplazamiento: Unidad de Especialidades Quirúrgicas 4ª C. Hospital Torrecárdenas (Almería).

Población de estudio: Pacientes laringectomizados totales y sus cuidadores residentes en las provincias de Almería y Granada.

Dimensiones:

- 1.- Conocimientos previos sobre la enfermedad, el tratamiento y las secuelas postquirúrgicas.
- 2.- Adaptación a la nueva imagen corporal.
- 3.- Relaciones con la familia y su entorno (amigos, vecinos,?).
- 4.- Sentimientos de rechazo por parte de los otros.
- 5.- Proceso de recuperación de la voz (aprendizaje del habla esofágica).

Recogida y análisis de datos (Años 2007 y 2008):

La selección de la muestra se ha realizado mediante un muestreo intencional o teórico en individuos laringectomizados totales y sus cuidadores principales. La recogida de información se ha llevado a cabo en dos etapas consecutivas: se han realizado 6 Entrevistas de grupos focales formados por cuidadores principales (31 participantes) y 20 Entrevistas individuales semiestructuradas a pacientes. Se ha aplicado el principio de saturación de la información para determinar el número de participantes en el estudio. Todas las entrevistas han sido grabadas y transcritas en su totalidad. El análisis de contenido de dichas transcripciones se ha realizado siguiendo el Método de Giorgi (1997) (9). Se ha analizado también las anotaciones recogidas en el cuaderno de campo en el transcurso de las entrevistas. Para garantizar la fiabilidad de los resultados, éstos se han sometido a un proceso de triangulación, es decir, el proceso descrito anteriormente ha sido contrastado por diferentes investigadores.

RESULTADOS:

- 1-. Conocimientos previos sobre la enfermedad, tratamiento y secuelas:

La mayoría de los entrevistados no tenían conocimientos previos:

?No tenía ningún conocimiento, era algo ajeno a mí. Algo que nunca me iba a pasar?

?Yo no conocía a ningún laringectomizado. Ni sabía lo que era?

?No tenía conocimientos, no tenía ni idea de que esto existía, ni de que eso se podía quitar, ni que esa persona podría hablar.

Otros sí habían sido informados adecuadamente:

?Me informaron de todo, tuve oportunidad de preguntar y resolver todas mis dudas?.

- 2-. Adaptación a la nueva imagen corporal:

Debido a la escasez de información recibida este periodo de adaptación se prolongó en el tiempo:

-?Él no lo sabía [que le habían hecho una laringectomía total] y cuando se vio en el espejo lo primero que hizo fue ponerse la mano en la sien para darse un tiro?

-?Hubiera preferido no salir de la operación, haberme muerto. Estuve tres meses que no me podía mirar al espejo. Si hubiera tenido más información me hubiera ayudado mucho?.

-?En 14 años todavía no lo he superado?

Sin embargo, el periodo de adaptación fue significativamente menor en aquellas personas que previamente habían tenido una información completa, en lenguaje comprensible e individualizado, y habían tenido oportunidad de establecer contacto previo a la intervención con otra persona laringectomizada:

-?Cuando me miré al espejo, me lo tomé con paciencia. Como me lo hicieron saber pues no me extrañó?.

-?Como lo sabía, cuando me vi en el espejo lo vi normal, no sé porqué. Me ayudo mucho que vinieran a visitarme? [un monitor de voz esofágica de la Asociación de Laringectomizados]

3-.Relaciones con la familia y el entorno:

Los laringectomizados manifiestan no encontrar, por lo general, ningún cambio negativo en su relación de pareja, familiar y social, sino todo lo contrario. La familia se convierte en su principal punto de apoyo. Sin embargo la familia sí detecta un ?cambio brusco de carácter: se vuelven más irritables y reservados? fundamentalmente relacionado con la imposibilidad de hablar o si hablaban por no poder entenderlos.

- ?La relación de pareja no ha cambiado. La relación de familia ha ido a mejor, todos pendientes de mi, y con los amigos igual?. ?Si alguna vez me han dado de lado[los amigos] es porque pensaban que me iba a sentir mal al no poder entender lo que les decía?

-?En los primeros momentos ellos quieren acaparar toda la atención, quieren ser el centro de todo y les haces todo lo que quieran con tal de agradarlos. Lo importante es que vean alegría a su alrededor, hay que darles ánimos.?

-?Desde la operación ellos han aprendido a valorarnos más?

-?Están muy nerviosos, les cambia el carácter, a veces no quieren ni hablar, es que esta enfermedad lo da. Se ven impotentes porque no los entendemos al principio?.

4-.Sentimientos de rechazo:

El rechazo es observado y afrontado por los participantes no dándole importancia o estando a la defensiva (?a ver cómo me miran?), otros dicen no haberlo observado.

-?La gente me mira distinto, con disimulo, pero no me rechazan?

-?Si lo ha habido no me he dado ni cuenta?

-?Alguna vez he observado alguna cosilla, pero no le he dado importancia. Me desvío y no le hago ni caso?

-?Cuando he ido en el autobús y he estornudado, la persona que estaba sentada a mi lado se ha levantado?.

5-.Recuperación de la voz:

La necesidad de poder comunicarse con los demás es el tema más importante para todos. Que no los puedan entender los otros les causa más temor que la propia muerte. Es un temor compartido también por los cuidadores.

-?Después de la operación, al despertarte, lo primero es intentar hablar y no puedes?

-?Cuanto desperté y no podía respirar ni decir ni pío preferí estar muerto?.

-?Si no puedes hablar nada, ni con la familia ni con la gente de la calle, que no te entiendan, es la muerte de la persona?,

-?Como si me hubiera tocado la lotería. El poder hablar es lo máximo?

-?Se cabrean, les cambia el carácter porque no los entiendes. Te dicen: ¿cómo es que no me entiendes?, ¿es que no me prestas atención!?.

Temas emergentes:

- Necesidad de mayor colaboración de los profesionales de la salud durante todo el proceso:

Los miembros de la Asociación de Laringectomizados, que desinteresadamente realizan una labor social sobre estas personas, necesitan apoyo profesional e institucional con el fin de evitar el cansancio y que abandonen la labor que realizan:

-?En estas condiciones [falta de colaboración institucional] no merece la pena continuar, es que no. A veces me dan ganas de decir:

se acabó, de mandarlo todo a tomar viento y tirar la toalla. Son todo tormentos, pero entonces pienso: ¡si no pido nada para mí, es para ellos!. Y eso es lo que me da fuerzas para continuar?

- Preparación psicológica para afrontar las secuelas:

Las personas laringectomizadas y sus familiares necesitan apoyo externo que les permita realizar un afrontamiento efectivo de su proceso. Precisan expresar sus sentimientos y vivencias:

?Psicológicamente toda la ayuda es poca?

?Piensas morirte y te dicen: Yo estoy operado? [visitadores laringectomizados de la Asociación].

?Que nos escuchen, que escuchen nuestras preocupaciones y experiencias?

- Sentimientos de miedo a la pérdida del ser querido, a las recaídas, a las consecuencias de la enfermedad, frustración por no poder ayudar más y cambio en las prioridades de vida por parte de los cuidadores:

?Lo importante es que estén vivos?

?Se ha convertido en el niño pequeño que nunca he tenido?

?Quisiera poder ayudarle más pero me faltan las fuerzas?

?Mi hija ha perdido el trabajo por llevarlo y traerlo a los médicos, al logopeda, quedarse con él por las tardes, darle de comer por la sonda? Está sacrificando su futuro por ayudarnos?

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Los estudios consultados han abordado aspectos concretos de estos pacientes: la ansiedad preoperatoria (1) relacionada con la falta de conocimientos previos sobre la enfermedad, el tratamiento, las secuelas y la escasez de información recibida (2), la adaptación psíquica al trauma quirúrgico (3), el proceso de afrontamiento de la nueva imagen corporal (4), la pérdida de la voz (5-6), etc pero pocos estudios recogen las experiencias de los pacientes y sus cuidadores desde su propio punto de vista (7-8). El tratamiento de estos pacientes precisa de un enfoque integral y multidisciplinar, considerando al paciente-cuidador como una unidad. La familia se convierte en el principal punto de apoyo de estos pacientes pero pocas veces se la tiene en cuenta a la hora de planificar los programas de educación.

La necesidad de comunicarnos con los demás es algo inherente al ser humano. La comunicación es el proceso por el cual una persona transmite sus pensamientos, sus sentimientos e ideas a los otros. El habla laríngea es el medio natural de los individuos para comunicarse, por tanto la pérdida de la misma es un elemento de frustración y de aislamiento social. El aprendizaje de la voz esofágica es vivido por los laringectomizados como imprescindible para su reintegración en la sociedad.

APLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA:

Estos resultados nos permiten reorientar la atención prestada a los pacientes laringectomizados y sus cuidadores. Los participantes en este estudio consideran necesaria la mejora de los programas de educación para la salud que existen en la actualidad para que traten aquellos problemas más frecuentes que se les van a presentar (temor/ansiedad, información incompleta/sesgada, adaptación a la nueva imagen corporal, integración de los cuidadores y apoyo a los mismos durante todo el proceso), seguimiento continuado por los profesionales de la salud e integración de las asociaciones de laringectomizados como red de apoyo externo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

(1) Dropkin MJ. Anxiety, coping strategies, and coping behaviors in patients undergoing head and neck cancer surgery. *Cancer Nurs.* 2001 Apr;24(2):143-148 (2) Newell R, Ziegler L, Stafford N, Lewin RJ. The information needs of head and neck cancer patients prior to surgery. *Ann R Coll Surg Engl.* 2004 Nov; 86(6): 407-410 (3) Zago MM, Barichello E, Hannickel S, Sawada NO. Suffering in laryngeal cancer. *Rev Esc Enferm USP.* 2001 Jun;35(2):108-114 (4) Pedrolo Flàvia Tatiana, Fontão Zago Márcia. O enfrentamento dos familiares a imagem corporal alterada do laringectomizado. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2002. 48(1):49-56 (5) Cady J.

Laryngectomy: beyond loss of voice-caring for the patient as a whole. Clin J Oncol Nurs. 2002 Nov-Dec; 6(6): 347-51 (6) Santos Guedes MT, Almeida de Figueiredo NM, Luc Nascimento MA, Ghidini Junior R. Traspondo a barreira do silencio e da solidao do cliente laringectomizado a través das açoes de enfermagem. Esc. Anna Nery R. Enferm. 2004 Dic, 8(3): 464-469 (7) Krouse HJ, Rudy SF, Vallerand AH, Hickey MM, Klein MN, Kagan SH, Walizer EM. Impact of tracheostomy or laryngectomy on spousal and caregiver relationships. ORL Head Neck Nurs. 2004 Winter;22(1):10-25 (8) Dobbins M, Gunson J, Bale S, Neary N, Ingrams D, Brown M. Improving patient care and quality of life after laryngectomy/glossectomy. Br J Nurs. 2005 Jun 23-Jul 13;14(12):634-640 (9) Giorgi A. The theory, practice and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research. J Phenomenol Psychol. 1997;28(2):235-260

Mesa de comunicaciones 3: Promoción de la salud / Salud infantil**Concurrent session 3: Health promotion / Infant health****AUTORES/AUTHORS:**

Assist.Prof.Pornnapa Homsin, Assist.Prof.Rungrat Srisuriyawet

TÍTULO/TITLE:

Predictors of alcohol drinking stages among Thai youths

Introduction

Alcohol drinking remains a major public health problem that lead to several negative impacts including physical, mental, social, and economic in Thai society especially among youths. Alcohol drinking is a complex behavioral process comprised of several stages. However, controversy remains over the names and descriptions of the various stages. There is substantial overlap in the factors influencing tobacco and alcohol use, therefore alcohol drinking behaviors may develop via the smoking stages of use.¹ According to Mayhew, Flay and Mott,² based upon examination of prior research studies,³⁻⁴ the stages of alcohol drinking include the: (a) nonsusceptible precontemplation stage (one have never drank, and have a strong commitment to not drink if offered alcohol drinking by close friends) (b) susceptible precontemplation stage (one have never drank, but does not have a strong commitment to not drink if offered alcohol drinking by close friends) (c) contemplation/ preparation stage (one think to start alcohol drinking in the next year) (d) initiation/ tried stage (one tries alcohol drinking, but not more than one can (e) experimentation/ addiction stage (one repeat alcohol drinking occasionally (f) regular alcohol drinking stage (one drink regularly at least weekly) (g) established alcohol drinking stage (one have a strong desire to drink). According to the ?Triadic Influence Theory (TTI),⁵ formulated within the context of adolescent substance use, the factors include: social, attitudinal, and intrapersonal influences. These three ?streams of influence? may function differently at various stages of alcohol drinking. Intrapersonal influences include gender, academic success and self-esteem, while attitudinal influences refer to attitude toward alcohol drinking. Interpersonal influences include family income, peer alcohol drinking, offers of alcohol drinking, prevalence estimate (the number of students known to the participant who has experience with alcohol drinking), parental alcohol drinking, parental approval of alcohol drinking, parental attachment and school attachment. Thus, in order for any type of prevention program to be effective, it requires different strategies for different types of youths.⁶ However, existing research provides little to our understanding of the stages of alcohol drinking process. It is time to examine the mechanisms of alcohol drinking among youths, so as to adequately address their health care needs. Therefore, the purposes of this study of Thai youths, were to: identify the prevalence of various stages of alcohol drinking, examine predictors of various stages of alcohol drinking, and examine predictors of progression from one stage to the next advanced stage.

Methods

Sample: The 887 participants were secondary school students and vocational college students from 15 public and private schools in the eastern part of Thailand. Those who took part in the study were females (54.9%) and males (45.1%), ranged in age from 15 to 21 years (mean age of 16.8), and almost equally distributed among the educational levels. The majority of parents were married, and held only a primary education or lower. Approximately 30% of the students indicated never having tried alcohol drinking, while 19%, starting at an average age of 15 years in females and 14.6 years in males, had tried alcohol drinking. Almost 50% of the students were classified as being in the experimentation stage. Only 1.8%, 1.6% and 0.8% fell into the contemplation stage, regular alcohol drinking stage and established alcohol drinking stage respectively. As a result of these small number (which would fail to produce findings of significance), data from these students were not included in the further analyses, making the total number of participants 850.

Procedure: Approval to conduct the study was obtained from the Research Ethics Committee of the primary investigator?s university. Multistage sampling was used to determine which schools and students might participate in the study. Finally, students were drawn proportionally to the population of each of the 15 schools. A consent procedure was used to obtain parental permission. Students were also informed that their participation was voluntary and that they could refuse to participate without penalty. Students willing to participate signed an assent form.

Data were collected with self-administered questionnaires in the schools. To ensure confidentiality, students were assigned code numbers rather than names. The teachers were not in the classrooms during the assessment. In addition, the students were instructed to seal their completed questionnaires in envelopes to maintain confidentiality.

Instruments: Several instruments were used including the: Demographic Data Questionnaire; Personal Information Questionnaire:

Self-Esteem Scale; Attitude Toward Alcohol Drinking Questionnaire; Parental Attachment Scale; School Attachment Scale; and Current Alcohol Drinking Stage Questionnaire. The reliabilities of these instruments were found to be 0.72 to 0.96, which were sufficiently large to be acceptable.

Data analysis: Data were analyzed using descriptive statistics and multinomial logistical regression analysis. Then the adjusted Odds Ratio with a 95% confidence interval was computed to examine the predictors.

Results

Predictors among the stages of alcohol drinking:

The results of this study found that attitude toward alcohol drinking (OR = 1.09; 95% CI = 1.05-1.13) and parental approval of alcohol drinking (OR = 1.74; 95% CI = 1.01-3.01) were positively associated with the susceptible precontemplation stage. Respondents who were offered to have a drink with alcohol were 3 times (OR = 3.27; 95%CI =1.68-6.38) as likely to be classified in this stage. Gender (OR = 0.56; 95% CI = 0.33-0.98), attitude toward alcohol drinking (OR =1.08; 95% CI = 1.05-1.12) and parental approval of alcohol drinking (OR = 2.11; 95% CI =1.27 -3.49) were positively associated with the tried stage. The offers of alcohol drinking was a strong predictor of the tried stage (OR = 5.85; 95%CI = 0.17-10.82). Attitude toward alcohol drinking (OR =1.16; 95%CI = 1.12-1.20) and parental approval of alcohol drinking (OR = 3.02; 95%CI = 1.82-5.03) were also significantly associated with the experimentation stage. Respondents with high perceived prevalence estimate (OR = 2.13; 95%CI = 1.21-3.74) and those whose peers smoked (OR = 1.89; 95%CI = 1.07-3.35) had approximately double the risk of being experimenters. Respondents who were offered the opportunity to drink had the risk of experimenting with alcohol drinking increased about 8.5 times (OR = 8.47; 95% CI = 4.64-15.47), compared to those without offers of alcohol drinking. There was no significant association between any stages of alcohol drinking and the other variables.

Predictors of advancement to the next stage of alcohol drinking:

Predictors of advancement from the nonsusceptible precontemplation stage to the susceptible precontemplation stage were the same as those of the susceptible precontemplation stage. Adolescents given offers to have a drink were almost 2 times (OR = 1.79; 95%CI = 1.01-3.16) as likely to progress from the susceptible precontemplation stage to the tried stage. Attitude toward alcohol drinking (OR = 1.07; 95%CI = 1.05-1.10), peer alcohol drinking (OR = 2.03; 95%CI = 1.25-3.28), and prevalence estimate (OR = 2.06; 95%CI = 1.27-3.36) were positively associated with advancement to the experimentation stage.

Discussions

The average age of initiation of alcohol drinking among the participants was 14-15 years, and was not much different between male and female students. The result did not much different from those of previous studies. 7-8 The majority of youths were in the experimental stage that was in the early stages of alcohol drinking. Only 2.4% of students were in the late alcohol drinking stages (regular alcohol drinking stage and established alcohol drinking stage). The possible explanation for the findings is that the alcohol drinking is a behavioral process that comprised movement through several different stages,⁹ which occur over a period of time. As the participants of this study were youths with a mean age of 16.8 years, they have more chance to be in the early alcohol drinking stages, meanwhile the older people were tended to be in the late stages of alcohol drinking. However, it is noticeably that only a small number of students (1.8%) could be classified as being in the preparation stage. Tiffany¹⁰ suggests that drinking is a behavior that is normative and common among young people, decisions about alcohol drinking often become automatic and are hence made without much deliberate thought by alcohol-involved individuals. However, the findings seem to suggest that alcohol drinking behavior of youths is an unplanned action and thus the preparation stage should not be included in assessing alcohol drinking stages among Thai youths.

The results of this study also indicate that the factors related to each stage of alcohol use (the precontemplation stage, the tried stage and the experimental stage) are not highly different. The attitude toward alcohol drinking, offers of alcohol drinking and parental approval of alcohol drinking were important predictors for all these stages. The results are similar to those found in Jackson's study. ¹ Interestingly, this study found that females were more likely to try alcohol. The female youths then are a critical

group that should be particularly attended, because when the initiation stage occur, the risk of heavy alcohol drinking greatly increases. 11 The offers of alcohol drinking was an only one factor related to the progression from the susceptible precontemplation stage to the tried stage, while peer alcohol drinking and prevalence estimate were predictive of the more progression stages. Not surprisingly, the effects of peers were related to alcohol drinking stages, and are strong for continuing to drink alcohol. The findings are consistent with those found in prior studies. 1,12

If youths have highly positive relationships with their friends, they will spend more time together. They will thus have more opportunities to model each other's behaviors. In general, young people acquire friends who are similar to them on precursors of substance use. To achieve the expectation of an individual's group is significant for preventing loss of friends, becoming a loner, and eventually losing one's identity. 13

Recommendations and Limitations

The results suggest that predictors of alcohol drinking are not highly different at various stages of alcohol drinking behavior. Therefore programs designed to reduce teen drinking problems should be targeted the common risk factors for preliminary alcohol use. Limitations of this study include the cross-sectional nature of this study that can not explain a causal relationship and the research is generalizable only to those youths who are studying in schools in the Eastern region of Thailand.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

References 1. Jackson C. Initial and experiment stages of tobacco and alcohol use during late childhood: Relation to peer, parent, and personal risk factors. *Addict Behav.* 1997; 22: 685-698. 2. Mayhew K, Flay B, Mott J. Stages in the development of adolescent smoking. *Drug Alcohol Depend.* 2000; 59(Suppl.1): 61-81. 3. Flay B. Youth tobacco use: Risk patterns and control. In: Slade J, Orleans C, editors. *Nicotine addiction: Principles and management.* New York: Oxford University Press; 1993. p. 653-61. 4. Pierce J, Farkas A, Evans N, Gilpin E. An improved surveillance measure for adolescent smoking?. *Tob Control.* 1995; 4: S47-S56. 5. Flay B, Petraitis J. The theory of triadic influence: A new theory of health behavior with implications for preventive interventions. In: Albrecht G, editor. *Medical sociology: A reconsideration of health behavior change models.* London: JAI; 1994. p. 19-44. 6. Unger J, Johnson C, Stoddard J, Nezami E, Chou C. Identification of adolescents at risk for smoking initiation: Validation of a measure of susceptibility. *Addict Behav.* 1997; 22: 81-91. 7. Sornpaisarn B., et al. Thailand alcohol situation? 2007. Bangkok: Center for Alcohol Studies; 2007. 8. Assanangkornchai S., et al. A surveillance of drinking behaviors and other health risk behaviors among high school students in Thailand. Songkla: Prince of Songkla University, Faculty of Medicine; 2008. 9. Leventhal H, Cleary P. The smoking problem: A review of the research and theory in behavioral risk modification. *Psychol Bull.* 1980; 88: 370-405. 10 Tiffany, S. A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: Role of automatic and nonautomatic processes. *Psychol Rev.* 1990; 97: 147-168. 11. Kandel, D, Yamaguchi K, Chen K. Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: Further evidence for the gateway theory. *Journal of Studies on Alcohol.* 1992; 53: 447-457. 12. Reboussin B, Song E, Shrestha A, Lohman K, Wolfson, M. A latent class analysis of underage problem drinking: Evidence from a community sample of 16-20 year olds. *Drug Alcohol Depend.* 2006; 83: 199-209. 13. Gordon, N. Never smokers, triers, and current smokers: Three distinct target groups for school-based antismoking programs. *Health Education Quarterly.* 1986; 113: 163-180.

AUTORES/AUTHORS:

Leif Nilsson

TÍTULO/TITLE:

The significance of self-efficacy for adolescents? experience of general and mental health

Introduction

The majority of Swedish school children report that they have good health in general. But self-rated health, somatic and mental problems and general well-being among Swedish school children get worse with increasing age. Girls are also less happy with life than boys and this get accentuated in higher age. Over the last decades there is also a tendency that school children?s self-rated mental health change for worse (Danielsson, 2006). This seems also be the case in a global perspective (Patel, Flisher, Hetrick, & McGorry, 2007). Today?s society probably provides more stressful life situations for teenagers. Especially school environment seems related to stress experiences and psychosomatic symptoms (Natvig, Albrektsen, Anderssen, & Qvarnström, 1999).

Adolescents? beliefs in their social and academic efficacy are important for their emotional well-being. Perceived social and academic inefficacy contributes to depression and problem behaviours (Bandura, Pastorelli, Barbaranelli, & Caprara, 1999). In this case supportive family and peer relations function as protection against depression. Support from teachers are also important for pupils? well-being and health (Natvig et al., 1999). Adolescents with strong self-efficacy beliefs communicate better in their families and do not that often get involved in escalated disagreements (Caprara, Pastorelli, Regalia, Scabini, & Bandura, 2005).

The most effective health messages instil in people that they are capable to change their habits. To get this sense of control people must develop skills for regulating their own motivation and behaviour. But health habits cannot only be controlled by personal skills. You also need to take in account the interaction with the social context (Bandura, 1997a). Having a support system (family, friends, teachers, neighbours etc.) leads to reported healthier behaviour and to higher levels of self-efficacy practicing these behaviours (Callaghan, 2006).

It seems evident that believed self-efficacy mediates to a health promotive behaviour (Klein-Hessling, Lohaus, & Ball, 2005). Positive health values and high levels of health self-efficacy contributes to young peoples engagement in health-promoting lifestyles (von Ah, Ebert, Ngamvitroj, Park, & Kang, 2004).

A Korean study shows that teenagers self-efficacy was strongly correlated to depression, anxiety and hostility (Kim, 2003). This is consistent with a Norwegian study which concludes that a high degree of general self-efficacy was related to happiness among school adolescents (Natvig, Albrektsen, & Qvarnström, 2003). Several researchers report that adolescent girls have lower self-esteem and higher levels of negative self-efficacy than boys in the same age.

An integrative review concludes that self-efficacy is the strongest determinant for accepting a health-promoting lifestyle (Gillis, 1993). Bandura claims that his social-cognitive theory (Bandura, 1995, 1997a) is a useful tool for understanding how people develop learning and behaviour. How can people develop this experience of self-efficacy? This depends mainly on four basic information sources ? personal experience, role modelling, social support and emotional coping strategies. However even if individuals have access to all these information sources and develop a strong sense of self-efficacy, they cannot be sure of succeeding in what they accomplish. The reason for this is that between the believed feeling of self-efficacy and action, one has to rely on different mediating processes. They can either hinder or facilitate one?s possibility of converting one?s plans into reality. There are four important mediating processes - cognitive processes, motivating processes, affective processes and selective processes (Bandura, 1997a).

The concept of personal control is a core concept in the self-efficacy theory. People look for control in two different ways ? through direct personal control or through socially mediated vicarious control. To exercise personal control you must rely on your own skills and resources for performance, but to obtain vicarious control all depends on your ability to mobilize others as role models. Reaching control over things that have an influence on one?s life has a strong impact in regulating emotional states, like stress feelings and

despair experiences (Bandura, 1997b).

Aims and questions

The main aim of this study is to focus adolescents' experience of general and mental health in relation to high level of self-efficacy. Therefore three questions will direct the work:

- What is the relation between adolescents' self-efficacy level and their experience of general health and mental health?
- How do background variables relate to adolescents' self-efficacy level?
- How do sources for self-efficacy and action space variables relate to adolescents' self-efficacy level?

Method

The present study was based on a survey, 'Life & health ? Young People 2005' (Lindén-Boström & Persson, 2007), of all adolescents in school year 7, 9 and 11 attending mainstream schools in the county of Örebro, Sweden. The total population were 10 321 students and 8 664 (84%) of these answered the questionnaire.

Teachers distributed the survey in their classes and the students answered the questionnaire in the school facilities. The respondents participated voluntarily and answered the questions anonymously. Pupils who were absent the actual day of accomplishment did not get a second chance to participate.

The questionnaire comprised of 50 questions for the students in school year 7, and 87 questions for the students in school year 9 and 11. The themes were: social background and family, mental and physical health symptoms, sense of coherence scale, leisure activities, eating habits, smoking, alcohol and drugs, relationships, school, gambling and future perspectives. The items had earlier also been used in three other counties in Sweden.

Multivariate logistic regression analysis was performed in SPSS, using the enter method in four steps. The variables were chosen from a self-efficacy model. The relation between background factors (six indicators), self-efficacy sources (four indicators), action space variables (four indicators) and health experiences (two indicators) have been tested against high levels of self-efficacy (experience of control). The results are presented as odds ratio (OR).

Results

Self-efficacy and background variables

If you look upon the level of self-efficacy from a gender perspective you will find a big difference between boys and girls. There is nearly three times (OR = 2.9) bigger chance for boys to show a high level of self-efficacy than for girls. When doing a multivariate logistic regression analysis, one of the background variables are significant to high levels of self-efficacy. The oldest boys have greater chances to obtain higher levels of self-efficacy.

Sources for self-efficacy

One source of self-efficacy is personal experience, in this study represented by adolescent's experience of feeling energetic. The results show that this experience clearly strengthens the level of self-efficacy. Also parents as positive role models contribute to the development of strong self-efficacy. The third source of self-efficacy ? positive feedback ? also gives raise to the level of self-efficacy. But the emotional (negative stress) variable connects to lower levels of self-efficacy. For all four source variables it is evident that the significance levels are stronger for girls.

Action space and self-efficacy

When performing the multivariate logistic regression analysis for the action space variables, it showed that social support and positive future beliefs correspond to high levels of self-efficacy for boys. For girls interest in schoolwork and positive future beliefs appear as

significant variables for high self-efficacy.

Self-efficacy and health status

Regarding general health status it is obvious that a strong experience of good health status correspond to a high level of self-efficacy, both for boys and girls. Looking at health status in itself, it is interesting to note that most adolescents have a strong experience of general good health. Mental health (state of depression) status presents the same positive correlation to self-efficacy, here even stronger for girls.

The multivariate logistic regression analysis show that boys have four and a half times (OR = 4.5) better chances of positive general health status, when they at the same time experience high levels of self-efficacy. For girls it is two times (OR = 1.9) better chances in the same situation. Also regarding feelings of depression both girls and boys benefit from having high levels of self-efficacy (OR = 2.1 for boys and OR = 1.9 for girls).

Discussion and conclusions

One important conclusion is that girls more seldom show high levels of self-efficacy, if compared with boys. This is also reflected in self-reported experiences of health, where girls judge themselves to have worse health, especially considering mental problems. One plausible explanation to this can be that girls' lower level of self-efficacy leads to insecurity about how to deal with challenges in their lives. Another perspective points at different kinds of pressure in the environment, for example the media culture that serves girls with extreme role models according to their appearance and behaviour. Are girls exposed for higher demands than boys or are they simply more fragile and vulnerable?

At the bottom end different background variables did not seem to have any significant importance for the level of self-efficacy. Among the four sources for self-efficacy, energetic feeling and an ability to control negative stress reactions had significant relation to high levels of self-efficacy. Another conclusion illustrates the importance of facilitators for executing one's self-efficacy? school focus, parental support and positive future beliefs raises the level of self-efficacy among adolescents. The most evident implication for changing the situation is that schools and health care suppliers must implement programs for supporting adolescent girls' levels of self-efficacy.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. New York: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1997a). Self-efficacy. The exercise of control. W.H. Freeman and Company, New York.
- Bandura, A. (1997b). Self-efficacy. The exercise of control, New York.
- Bandura, A., Pastorelli, C., Barbaranelli, C., & Caprara, G. V. (1999). Self-efficacy pathways to childhood depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(2), 258-269.
- Callaghan, D. (2006). Basic conditioning factors "influences on adolescents" healthy behaviors, self-efficacy, and self-care. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 29, 191-204.
- Caprara, G. V., Pastorelli, C., Regalia, C., Scabini, E., & Bandura, A. (2005). Impact of adolescents filial self-efficacy on quality of family functioning and satisfaction. *Journal of Research on Adolescence*, 15(1), 71-97.
- Danielsson, M. (2006). Svenska skolbarns hälsovanor 2005/2006 (Health habits among swedish school children 2005/2006). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Gillis, A. J. (1993). Determinants of a health-promoting lifestyle: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 345-353.
- Kim, Y.-H. (2003). Correlation of mental health problems with psychological constructs in adolescence: Final results from a 2-year study. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 115-124.
- Klein-Hessling, J., Lohaus, A., & Ball, J. (2005). Psychological predictors of health-related behaviour in children. *Psychology, Health & Medicine*, 10(1), 31-43.
- Lindén-Boström, M., & Persson, C. (2007). Tonåringars psykiska hälsa (Mental health among adolescents). Örebro: Samhällsmedicinska enheten, Örebro läns landsting.
- Natvig, G. K., Albrektsen, G., Anderssen, N., & Qvarnström, U. (1999). School-related stress and psychosomatic symptoms among school adolescents. *Journal of School Health*, 69(9), 362-368.
- Natvig, G. K., Albrektsen, G., & Qvarnström, U. (2003). Associations

between psychosocial factors and happiness among school adolescents. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 166-175. Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: A global public-health challenge. *Lancet*, 369, 1302-1313. von Ah, D., Ebert, S., Ngamvitroj, A., Park, N., & Kang, D.-H. (2004). Predictors of health behaviours in college students. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 463-474.

Mesa de comunicaciones 4: Docencia

Concurrent session 4: Nursing education

AUTORES/AUTHORS:

BLANCA FERNÁNDEZ-ESCALANTE BÁRCENA, AMPARO CANELA FERRER, AMPARO MUÑOZ IZQUIERDO

TÍTULO/TITLE:

Producto Enfermero de una Unidad de Docencia de Enfermería: ¿qué sabemos? y ¿qué debemos saber?

Presentación

La formación práctica pregrado de la Diplomatura de Enfermería (DE) no está recogida por ninguna ley. Si que encontramos la ley 44/2003 de 21 de Noviembre, que en el artículo 12, especifica con respecto a la formación pregraduada que deberá existir colaboración permanente entre administraciones públicas competentes y los centros sanitarios y que las Universidades podrán concertar con los servicios de salud, instituciones y centros sanitarios la docencia práctica de las enseñanzas de carácter sanitario que así lo requieran (1). Por otro lado la formación postgrado si se encuentra recogida en el real decreto 183 del 8 Febrero del 2008, donde se definen las Unidades Docentes (UD) como "el conjunto de recursos personales y materiales pertenecientes a los dispositivos asistenciales, docentes, de investigación o de cualquier otro carácter que, con independencia de su titularidad, se consideren necesarios para impartir formación reglada en especialidades en ciencias de la salud, por el sistema de residencia de acuerdo con lo establecido en los programas especiales de las distintas especialidades"(2). Esta legislación, establece normativas para la formación postgrado, que supone residencia por parte de los alumnos (MIR, FIR, PIR, BIR, EIR).

La Universidad Pública tiene reconocida la figura de los profesores asociados asistenciales de prácticas (PAAP), que está sujeto a normativa publicada en los boletines oficiales de las Comunidades Autónomas. En las Universidades Privadas, o no existe normativa reguladora, o se realiza un concurso de méritos por currículum para la figura del PAAP.

En el Hospital Arnau de Vilanova de Valencia, la Dirección de Enfermería tiene una Unidad de Docencia encargada de gestionar el aprendizaje práctico de los estudiantes: DE, Diplomatura en Fisioterapia, Auxiliar de Cuidados Enfermeros, Técnicos de Grado Medio y Grado Superior en Ciencias de la Salud. También se asume la formación continua y continuada del personal del hospital. Las limitaciones de recursos sanitarios y el aumento de la demanda, hace necesario buscar nuevas fórmulas de gestión que, respondan a los estándares de calidad que demandan los usuarios de los Sistemas de Salud. Desde los órganos de gestión se mira al mundo empresarial, para tomar modelos de referencia y en 1996 se discute sobre el concepto de "Producto Enfermero" (PE), quedando definido como "conjunto de actividades cuidadoras decididas por la enfermera y ejecutadas por ella para promover la salud, recuperar de la enfermedad o reintegrar al individuo a su medio" resumiendo, los servicios enfermeros ofrecen un producto definido: los Cuidados de Enfermería (3-7). En el ámbito de la docencia, este concepto ha sido estudiado por Blanca Gutierrez, J et al (2003), que partiendo de un listado de actividades realizadas por los estudiantes, confecciona un catálogo de intervenciones que constituye el aprendizaje de los alumnos, y por tanto, el PE de la UD (8-9).

Después de tres años de experiencia en docencia a alumnos de enfermería y de recoger sus opiniones de forma no sistemática, consideramos necesario medir el Producto Enfermero de la UD de nuestro centro. Conocer las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades de nuestro Plan de Formación de Prácticas, nos da herramientas para garantizar, que los profesionales formados en nuestro centro puedan ofrecer a sus pacientes un buen Producto Enfermero en los Cuidados desde una perspectiva Holística. Nuestro objetivo es identificar el nivel de conocimientos, habilidades y destrezas, que adquieren los alumnos, en la formación práctica en nuestro centro, a través de su opinión, empleando el método DAFO en sesiones de tutorías semanales durante su periodo de prácticas.

Métodos

Investigación cualitativa, realizada en los cursos académicos 2007/08 y 2008/09.

En nuestro centro impartimos prácticas a alumnos de las Escuelas de Enfermería de la Universidad Cardenal Herrera (CEU) y la Universidad Católica San Vicente Mártir (UC) de Valencia (25 de primero, 49 de segundo y 40 de tercer curso). Nuestra UD esta formada por 4 PAAP de la UC, y 2 PAAP del CEU y una coordinadora, que es también PAAP y supervisora de la UD.

Plan de trabajo:

La supervisora de la UD el primer día de prácticas recibió a los alumnos y entregó el manual de acogida (que incluye los objetivos

del hospital e información general), también se les dio a conocer los objetivos de sus prácticas y se les distribuyó en las unidades asistenciales. A los alumnos, se les explicó el objetivo del trabajo y, se les entregó una hoja, donde anotaron una sola idea en cada aspecto del DAFO, durante el desarrollo de sus prácticas.

Semanalmente se realizó una tutoría/taller práctico.

Se han realizado 8 sesiones en los dos-tres meses de prácticas, conjuntamente los alumnos de segundo y tercero, y 3 con los alumnos de primero.

En la última reunión se discutió donde dejar ubicada las opiniones de los alumnos, entendiendo que los conocimientos engloban aspectos relacionados con los conocimientos teóricos, la relación de empatía con pacientes y compañeros, y los de gestión. Dentro de habilidades y destrezas se incluyen las competencias técnicas y los procedimientos.

Todo el análisis se realiza desde la perspectiva de la UD, por lo que las oportunidades y amenazas hacen referencia a los aspectos externos, los que no pueden ser planificados ni gestionados desde la UD y las fortalezas y debilidades hace referencia a lo que es asumido por la UD. En algún caso una opinión esta incluida en dos cuadrantes.

Esta metodología da respuesta a nuestra primera pregunta, disponemos del consentimiento de los alumnos de primero, segundo y tercero, así como su e-mail para que nos den respuesta a la segunda pregunta, que pretende evaluar la utilidad de los conocimientos, habilidades y destrezas aprendidas.

Resultados

En número de estudiantes de enfermería seguido en la UD cada año está en torno a 115; en nuestro grupo el género predominante entre los estudiantes, es el femenino: 84 mujeres y 31 hombres, de edades entre 18 y 25 años. La participación en las tutorías ha sido del 90 %, y las causas de ausencia, están justificadas por enfermedad o interés de la actividad asistencial que estaban realizando.

Tabla 1: Conocimientos

OPORTUNIDADES

¿el médico cuenta conmigo para atender al paciente?

¿me incluyen en las sesiones de equipo

¿me he sentido uno más?

¿me he sentido querido por los pacientes?

¿me siento valorado por las enfermeras?

AMENAZAS

¿tengo muchos trabajos que hacer?

¿siento que tengo mucha responsabilidad?

FORTALEZAS

¿La rotación por diferentes servicios especiales me da un conocimiento más amplio del hospital?

¿Pasar por el quirófano, laboratorio y urgencias me ayuda a cumplir mis objetivos?

¿En las tutorías semanales, siento que se preocupan por mí?

DEBILIDADES

¿la supervisora no organiza bien mi trabajo?;

¿la enfermera no quiere que le acompañe?

Tabla 2: Habilidades y destreza

OPORTUNIDADES

¿he realizado tareas que realiza una enfermera?

¿he asistido a una parada?

¿hoy he visto un éxito?

¿hoy he cogido una vía y a la primera?

¿poco a poco me dejaron tocar las llaves de tres pasos?

AMENAZAS

¿tengo muchos trabajos que hacer?

¿sólo quieren que tome las tensiones?

¿la enfermera no quiere que le acompañe?

FORTALEZAS

¿Las sesiones formativas/talleres les gustan porque no se lo han dado en la escuela y le son útiles para el trabajo diario?

DEBILIDADES

¿me agobian los trabajos teóricos que me mandan?

Discusión y Conclusiones

El método DAFO nos ha permitido conocer los aspectos positivos y negativos, internos de la UD (fortalezas y debilidades), y aquellos otros aspectos externos a la UD (oportunidades y amenazas), relacionados con la formación recibida en cada una de las unidades asistenciales donde el alumno cursa sus prácticas.

Hemos encontrado en el estudio realizado por Moreno M et al (2008) que analiza las opiniones de alumnos de primero, recogidas en el 'diario reflexivo', opiniones similares 'las enfermeras no me han hecho ni caso?', 'hoy he visto una señora que ha muerto', fue una estupidez preguntar '¿está muerta?' (10).

Según la opinión de nuestros 'clientes' (alumnos) la organización de las prácticas asistenciales es un área muy importante en la formación de los alumnos.

Nuestras áreas fuertes son:

• Las sesiones formativas/talleres

• La rotación por diferentes unidades asistenciales especiales

• El reconocimiento personal del alumno

Para abordar las debilidades desde la UD, se planificarán reuniones con los PAAP y con las supervisoras de las unidades asistenciales.

Las amenazas, están relacionadas con la implicación de los profesionales de enfermería en la formación de los estudiantes; Pérez C et al (2002), muestran que hay insatisfacción tanto en los profesionales como en los alumnos, en relación a la formación práctica, y el motivo, lo encuentran en la angustia, el estrés y la ansiedad que tienen los profesionales. Estos aspectos no son abordables desde una UD (11).

Esta es la respuesta a nuestra primera pregunta. Tenemos el consentimiento y datos de contacto para conocer ¿qué debemos saber?

Agradecimientos

Este trabajo no lo hubieramos podido realizar sin la colaboración de los alumnos, queremos darles las gracias por sus aportaciones.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del estado sábado 22 de noviembre del 2003[sede web] [Fecha de acceso 13 de junio del 2009]. <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41422-41442.pdf>
- 2.Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializados, Boletín Oficial del estado jueves 21 de febrero 2008[sede web] [Fecha de acceso 13 de junio del 2009]. http://www.msc.es/profesionales/formacion/.../realDecreto183_2008.
- 3.Teixidor M. El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (I). Rev Rol Enferm 2002; 25(4):254-256
- 4.Teixidor M. El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (II). Rev Rol Enferm 2002; 25(5):328-300
- 5.Teixidor M. El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (III). Rev Rol Enferm 2002; 25(6):408-410
- 6.Teixidor M. El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (IV). Rev Rol Enferm 2002; 25(10): 650-652
- 7.Teixidor M. El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (V). Rev Rol Enferm 2002; 25(11):774-778
- 8.Blanca JJ, Medición del producto enfermero de los alumnos de la Escuela Universitaria de Jaén (I), Enferm Cientf 2003;260.261:57-71
- 9.Blanca JJ, Álvarez C, Cárdenas D. Medición del producto enfermero de los alumnos de la Escuela Universitaria de Jaén (I), Enferm Cientf 2003;260.261:72.76
- 10.Moreno M, Ruiz M. El diario reflexivo: herramienta pedagógica innovadora en las prácticas de enfermería. [sede web]. [Fecha de acceso 15 de junio del 2009]. http://www.uem.es./myfiles/pageposts/Memoria_1_premio.pdf
- 11.Pérez , Alameda A, Albéniz C. La formación práctica en enfermería en la escuela universitaria de enfermería de la Comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales. Un estudio cualitativo con grupos de discusión, Rev. Esp. Salud Publica 2002; 5 (76), versión on line [Fecha de acceso 15 de junio del 2009]. <http://www.scielosp.org/scielo.php?>

Sesión plenaria: Cuidados de salud mental

Plenary session: Mental Health Care

AUTORES/AUTHORS:

José M^a Sánchez Monge

TÍTULO/TITLE:

Modelo de Atención FEAFES a las personas con enfermedad mental y sus familias

Presentación de FEAFES

La Confederación FEAFES es la única organización de ámbito estatal que agrupa desde 1983 a las Federaciones y Asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental en España. Actualmente, la Confederación integra a 19 federaciones y asociaciones uniprovinciales agrupando un total de 217 entidades que representan a más de 41.000 personas con enfermedad mental y familiares.

FEAFES es miembro fundador de la Federación Europea de Familiares de Personas con Enfermedad Mental (EUFAMI); miembro de la World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders (WFSAD); de la World Federation for Mental Health (WFMH); de Mental Health Europe (MHE); del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), del Patronato de la Fundación ONCE y de la Asociación Española del Pacto Mundial (ASEPAM).

Misión, visión y valores

La Misión de la Confederación FEAFES es mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y sus familias, la defensa de sus derechos y la representación del movimiento asociativo.

Su visión es consolidarse como la organización líder en Salud Mental y como el movimiento asociativo que une a todas las personas con enfermedad mental y sus familias, así como las asociaciones en que se organizan, estimulando un modelo de atención de base comunitaria generando mecanismos de normalización.

Los valores que rigen el funcionamiento de FEAFES hacen referencia al liderazgo, la universalidad, la participación, la democracia, la transparencia, la justicia, la eficacia, la solidaridad, la autodeterminación y la equidad.

¿Qué entiende FEAFES por enfermedad mental?

FEAFES considera que se trata de una circunstancia sobrevenida a la persona y no acepta que se establezca una relación de equivalencia entre la persona y su enfermedad. Consiste en una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo.

¿Qué necesitan las personas con enfermedad mental?

- Ser aceptado en su diversidad.
- Respeto a la capacidad de decisión sobre su propia vida.
- Tener autonomía para desarrollar tareas.
- Protección de sus derechos.
- Información sobre la enfermedad mental.
- Información legal.
- Atención socio-sanitaria.

¿Qué necesitan las familias?

- Información sobre la enfermedad mental.
- Información legal.
- Seguridad de atención a las personas con enfermedad mental
- Atención socio-sanitaria.
- Protección de sus derechos.

¿Qué defiende FEAFES?

FEAFES reclama una adecuada atención sanitaria y social de las personas con enfermedad mental y sus familiares, que favorezca su rehabilitación, reinserción social e inclusión laboral. Para ello es necesario promover la sensibilización y mentalización social hacia las personas con enfermedad mental y sus familias, llamando la atención de toda la sociedad sobre la estigmatización que soportan en los aspectos sanitario, social y laboral.

• ATENCIÓN INTEGRAL teniendo en cuenta la naturaleza bio-psicosocial de la salud, lo cual incluye:

- Atención farmacológica.
- Atención psicológica.
- Rehabilitación Psicosocial.

• MODELO COMUNITARIO

- Atención en la comunidad.
- Red de dispositivos con funciones diversas y complementarias.
- Equipos multidisciplinares.
- Garantizando la continuidad de cuidados.
- Especial énfasis en la prevención.
- Vinculación con los servicios sanitarios y sociocomunitarios.
- Participación de los ciudadanos.
- Actuaciones con exigencia de evaluación.

• BAJO CRITERIOS DE:

- Accesibilidad y disponibilidad.
- Flexibilidad y adaptabilidad.
- Tutorización.
- Participación activa de la persona con enfermedad mental y familia en el proceso.
- Utilización de los tratamientos menos restrictivos posibles.

La familia como participantes activos en el tratamiento integral:

- En las últimas décadas se han producido nuevos modos de conceptualizar el papel de familia.
- Se enfatiza el papel positivo que las familias pueden tener en la rehabilitación, recuperación y prevención de recaídas de su familiar.
- Los cambios en el modelo de atención en salud mental: las familias como recurso de cuidado y soporte.
- Las familias necesitan ser preparadas para desempeñar adecuadamente ese papel.
- Dotar a las familias de información sobre la enfermedad y sus efectos.
- Concienciarles de su papel de agentes de cambio, rehabilitación, recuperación y normalización.
- Mejorar habilidades de afrontamiento de estrés y problemas.
- Mejorar comunicación y clima intrafamiliar.
- Crear alianza positiva de usuarios, familia y profesionales.
- Incremento de la red social de la familia.

Una herramienta para cumplir el modelo de atención a las personas con enfermedad mental y sus familias: la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud publicada en 2007

Para FEAFES, la aprobación por unanimidad de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud constituye un hito en la evolución de la atención en Salud Mental en España, y se valoró de forma positiva porque supone la consecución de una reivindicación histórica del movimiento asociativo de contar con un Plan Integral de Salud Mental, donde se establece un marco de trabajo común, que unifica las acciones en todas las regiones del Estado en materia de Salud Mental e incluye y asume diferentes aspectos críticos para las personas con enfermedad mental y sus familias.

FEAFES participó activamente en la elaboración de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, un documento que se basa en los principios básicos del modelo comunitario de atención a la salud mental que FEAFES defiende: autonomía, continuidad, accesibilidad, comprensividad, equidad, responsabilización y calidad.

Según la Estrategia en Salud Mental, en nuestro país aún están por abordar los siguientes aspectos:

- Insuficientes recursos humanos especializados en Salud Mental.
- Insuficientes recursos de rehabilitación y reinserción social de calidad.
- Algunos grupos, de especial vulnerabilidad, no reciben atención en algunas regiones.
- Falta oferta más equitativa y mayor colaboración entre Comunidades Autónomas y otras Administraciones.
- Deficiencias en la organización de Información, Coordinación y Evaluación.
- Necesidad de una articulación más transversal y cooperativa de la red de Salud Mental. en el ámbito del área sanitaria.
- Insuficiente desarrollo de los aspectos de prevención y promoción de Salud Mental.

FEAFES defiende también que se cumpla con la Cartera de Servicios en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud Real Decreto 1030/200, que incluye:

Atención primaria:

- Actividades de prevención, promoción, consejo y apoyo para mantenimiento de la salud mental.
- Seguimiento, de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales, de las personas con trastorno mental grave y prolongado.

Atención especializada: Atención a la salud mental

Comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares, la terapia electroconvulsiva y la hospitalización.

La atención a la salud mental incluye, entre otras:

- Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.
- Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales o familiares y la hospitalización cuando se precise.
- Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación.
- Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

-

AUTORES/AUTHORS:

Catherine Gamble, Consultant Nurse , South West London and St Georges Mental Health NHS Trust., United Kingdom , Contact: catherine.gamble@swlstg-tr.nhs.uk

TÍTULO/TITLE:

Delivering a Gold Standard Psychosocial Intervention Training Programme: Lessons Learnt from 15 years Implementation

Aim:

Aim of this paper is to demonstrate how lessons learnt from family work implementation and a Psychosocial Intervention Training programme can through a narrative fusion of research, organisational change and personal experience be used to articulate a vision and push practice development agendas forward

Background:

Dr Jim Birley an imminent UK psychiatrist had a vision: people with schizophrenia should have access to knowledgeable, empathetic, skilled nurses, who were able to work pragmatically to help them and their families address the vicissitudes of their experiences so they could get on with their lives. He recognised the value of nurses contribution and secured substantial funding from the Sir Jules Thorn Charitable Trust, so a Psychosocial Intervention (PSI) "Thorn" nursing training project could be properly resourced and evaluated.

Its fourfold aims were to:

1. Challenge assumptions & enhance knowledge
2. Resuscitate nurses role and function
3. Promote collaborative working styles
4. Address change agenda

The main subject areas were:

Case management and assessment, Family intervention; Psychological management of symptoms

The devised training resuscitated the role and function of mental health nurses, who previously had received little tuition in how to support or help those with schizophrenia. The philosophy of the programme promoted partnership working. The curriculum team was inclusive and nurses were not only taught and supervised by nurses, but by other team members, service users and their families.

The training was independently evaluated. It was a simple naturalistic study. Nurses were recruited from teams across the UK. 16 places in two sites namely Manchester University and the Institute of Psychiatry in London. Trainees employed PSI with those on their case load. Standardised measures were introduced to assess these clients' clinical and social outcomes. Findings confirmed:

- Patients showed statistically significant and worthwhile reduction in severity of symptoms.
- Positive improvements in positive, negative and affective symptoms
- Significant, although considerably smaller improvement in social functioning
- Practitioners could be trained to deliver psychosocial treatments

The mission of these early trained champions was to set up satellite training centres and encourage other nurses and practitioners to

explore new ways of working with people with psychosis. To seek out new life and boldly go where no “man” had gone before, that was: to improve service methods and the circumstances in which people with schizophrenia were perceived and worked with.

Post training PSI champions began to add to the body of knowledge of how to work with people in routine practice, for example

GAMBLE C & BRENNAN G, (2006) Working with serious mental illness: a practitioners guide

HARRIS N.R, WILLIAMS S & BRADSHAW T.J (2003) Psychosocial Interventions for People with Schizophrenia: A Practical Guide for Mental Health Workers

SIN J, MOONE N & WELLMAN N. (2003) Incorporating psycho-educational family and carers work into routine clinical practice

KELLY M & NEWSTEAD L. (2004) Family Intervention in routine practice: it is possible!

BROOKER C. & BRABBAN A. (2004) Measured Success: A Scoping Review of Evaluated Psychosocial Interventions Training for Work with People with Serious Mental Health Problems. NIMHE /Trent WDC'

SMITH G., HIGGS A & GREGORY K (2007) An integrated approach to family work for psychosis: a manual for family workers

15 years on there are now 81 training courses in England and they are perceived as “gold standard”. However, despite being tenacious, PSI champions were repeatedly challenged. It emerged training is only the tip of the iceberg. Inside developers reported implementation barriers, such as :

- Lack of time to practice PSI
- Difficulty with integrating what was learnt into practice
- Availability of supervision
- Multiple priorities and other daily demands
- Short term thinking by management responding to crises
- Poor understanding from other colleagues
- Finding and engaging patients and their families

To address these barriers and other service deficits, such as

- Inquiries confirming poor consistency in monitoring clients vulnerability
- Limited evidence that teams were routinely pre-empting relapse and sharing interventions and coping strategies
- Lack of consistent evidenced based communication between teams and with informal carers or in vivo supervision

An organisation wide implementation project, to roll out Zoning (Ryrie et al 1997) was conceived by myself and senior colleagues. The approach involves:

- Sharing priority of all clients - “The board”
- Identifying individual needs – “Zoning colours”
- Having regular updates – “Team working”
- Inputting and dealing with vulnerability – “Targeting care with Psychosocial Intervention”

This project aimed to incorporate the aforementioned principles into the organisations clinical services. This would deliver the following benefits:

- Promote continuity of care, effective prioritisation and monitoring of patient care across the Trust by changing the language and

culture of the organisation

- A criterion in which individual need could be linked to a evidence-based intervention that patients should receive, as described within National Institute of Clinical Effectiveness (NICE) Guidelines
- Improve team-working
- Clearer roles and responsibilities
- Address and target unmet need
- Proactive and collaborative relapse prevention plans

Project Methodology:

The size of the organisation necessitated a multi-method management approach, which encompassed four stages:

1. Convening a Project Board so that stakeholders could assess progress, address change management issues and answer ongoing viability questions
2. Setting up a Zoning Implementation Group (ZIG) to support the project delivery team
3. Practice development initiatives with service user consultation
4. Reviewing staff attitudes and beliefs about Zoning prior to implementation and at 3 year follow up and by replicating Ryrie et al (1997) study with Trust personnel from a variety of clinical settings in a focus group

During the project practice development initiatives revealed three expertise levels:

- 1) Novice: Zoning board, dived into Red, Amber and Green is put up to illustrate team case load responsibilities and service user vulnerability
- 2) Competent: Zoning framework is used to understand and manage the contingencies of care coordination
- 3) Expert: Sophisticated understanding is used intuitively in care planning and delivery

An expert practitioner with psychosocial intervention training can use Zoning to have a non jargon “red, amber, green” conversation with families when addressing vulnerability, be clearer about the reasons for concern and tap into individual's personal resources and coping strategies, which fits in with 21st century recovery concepts. One family member experiences encapsulate this:

“Zoning helped find a toolkit that wasn't just dependent on me. The emphasis is on prevention, looking at what people can do for themselves and how families can help them. If you support people in green you will have fewer hospital admissions and carers are more likely to stay on board in their caring role. I now find it easier, on a day-to-day basis, to identify what's normal and what's a sign of becoming unwell and to help my boyfriend get from mild amber back into green. We feel sufficiently confident about the future that we've been able to start a family together.”

Thus far the preliminary evidence suggests that the projects aims have been achieved. Whilst not particularly robust the evaluation methodology has helped to demonstrate that the organisation has experienced an attitudinal shift surrounding how Zoning is conceptualised and used. Team members perceive that it provides a supportive forum, supervision culture and facilitates knowledge sharing. Roles and responsibilities are clearer. Zoning terminology is now incorporated into routine practice, throughout the organisation, the board provides visual evidence of the level of unmet need teams are carrying and it is used to help staff co-ordinate activity.

Overall, personal experience of implementing PSI over 15 years has been revealed a number of important leadership principles:

Develop and Communicate strong beliefs:

Develop strong, inclusive user friendly beliefs, set a standard for professional behaviors and stick to them, and be prepared to challenge when these were not present. PSI promotes dignified practice = dignified workplace.

Reflect then decide

Transformational leadership involves challenging processes, inspiring shared vision, enabling others to act and modeling the way. If you are using high support: high challenge principles then you need time to reflect. PSI practitioners are taught to choose their battles carefully. It takes time to consider where you can add most value and have most impact. We should avoid the quick fix, ask slow questions and don't get confused between technical and transformational issues. Now know PSI graduates need good foundations and infrastructure.

Surround yourself with great people:

Select those willing to take the hard routes, who want to make a long term difference. We made no exceptions and always sort to recruit those with positive attitudes and beliefs. Once you have recruited you need to ensure appropriate infra structure to retain and nurture

Study, read and learn independently. Its important to look for gaps in service knowledge, have a large network and not always to go with the flow.

Recovery – for those of us working with Psychosis, Jim Birley provided nurses with a life line, we have proved our value, helped service users and their families to recover and gained a good reputation.

So what's in store for the next generation?

1. Practical challenges: There will always be challenges, but PSI graduates now have the tools to keep one step ahead, for example evidence based interventions, action learning and leadership programmes
2. Horizontal Scepticism: Traditionally the profession has been negative about and to each other. Next generation needs to be able to have honest conversations about performance without being scathing or undermining the profession.
3. Language: next generation can now be optimistic. Practice development ideas no longer get lost in translation. We don't have to all work in the same way but it helps if we can listen to each other with an open mind and don't contaminate what we hear with our own hypotheses, thoughts and ideas
4. Methodology: 2009 is the UK's year of measurement. Let's use this opportunity to not measure success by numbers alone. No longer have to be strangled by qualitative versus quantitative arguments, both approaches compliment PSI implementation evaluation.
5. Attitudes and Beliefs: Now able to influence and change people's treatment, but the attitudes and beliefs regarding which profession is best placed intervene prevail.
6. Knowledge: PSI graduates need to keep up to date, publish widely and continue to learn how to convert theoretical frameworks into everyday language and use them routinely

Overall consistent PSI implementation involves:

Service recommendations

- Developing operational development guides
- Creating practice development environments
- Considering backfill monies for students
- Reviewing case load sizes

Training Recommendations

- Monitor competencies during and post training (including trainers)
- Controlled studies to measure impact, particularly from consumers perspective
- Follow up studies to ascertain preservation of knowledge, skills and attitudes
- Train supervisors and service managers

Integrating new concepts into clinical services is a complex process; successful implementation is only possible if team members are responsive to change, well trained and their managers believe in its value.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Brooker, C., Brabban, A., (2004) Measured Success: A scoping review of evaluated PSI training for people with serious mental health problems. NIHM/Trent WDC

Gamble, C (2007) Eileen Skellern Lecture. The rise and fall of the nursing phoenix: principles learnt from family work implementation and the Thorn Initiative. Retrieved September 2009 from <http://www.winship.info/es2007>

Gamble, C Family intervention (2007) Psychiatry Vol: 6:9 367-372

Gamble, C (2006) The zoning revolution. Mental Health Practice vol. 10 no.4 14-17

Leff, J. (2000) Commentary. Advances in Psychiatric Treatment 6: 250-251

Gamble, C., Dodd, G., Grellier, J et al (2009) Zoning: Focused Support - a Trust Wide Implementation Project. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. Accepted for Publication

www.thorn-initiative.org.uk

Mesa de comunicaciones 5: Cuidados crónicos

Concurrent session 5: Chronic care

AUTORES/AUTHORS:

Jacinto de la Vega-Carniceros, M Carmen Otero-Lóopez, Rocío Herrero-García, M Begoña Sánchez-Gómez, Gonzalo Duarte-Clímets, M Angeles Guzmán- Fernández, Angela De Cabo- Laso, M Nieves García-Fernández, Ignacio Nogales-Carpintero

TÍTULO/TITLE:

AUTOMONITORIZACION DE LA GLUCEMIA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II NO INSULINODEPENDIENTES

OBJETIVO: Evaluar los efectos de la automonitorización de la glucemia en pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 que no usan insulina.

MÉTODO: Revisión sistemática de la literatura en busca de evidencias científicas. Los investigadores buscaron y extrajeron por pares (excepto el primer investigador) con un protocolo explícito (DC Cuidados) y resolución de discrepancias en el grupo aceptando sólo mayoría de dos tercios. Tres grupos de investigadores dirigidos por un investigador experimentado (de la Vega, Otero y Herrero) inspeccionaron de forma independiente los títulos y los resúmenes de las referencias identificadas para evaluar su potencial elegibilidad de acuerdo a los criterios de valoración establecidos.

Los estudios buscados fueron aquellos publicados en Inglés, Castellano, Catalán, Francés y Portugués.

Si no se obtenía suficiente información con el título se procedía al examen del resumen. El artículo completo en esta fase sólo se recuperaba el artículo completo si tampoco el resumen satisfacía las cuestiones planteadas. Los estudios se descartaban para su evaluación definitiva por acuerdo de, al menos, dos de los tres grupos de investigadores.

Para la evaluación de la calidad metodológica se utilizó el Programa de habilidades en lectura crítica CASP (Critical Appraisal Skills Programme) desarrollado en Oxford y posteriormente adaptado por el grupo CASP español (CASPe).(11). Cada cuestión tiene una escala de clasificación en ?SI?, ?NO? y ?NO SABE?, siendo las dos primera preguntas eliminatorias, si el resultado no es explícitamente positivo. Los estudios que han alcanzado una puntuación superior a 7 en la evaluación de calidad descrita son los aceptados para esta revisión.

La extracción de datos sobre población de estudio, intervenciones y resultados, incluyó, año de publicación, país, características de los ensayos, tipo de asignación de la muestra, tipo de intervención, duración del estudio, número de eventos de intervención, características de la calidad metodológica (potencia, homogeneidad de los grupos al inicio, tipo de cegamiento, número de pérdidas o abandonos y cointervenciones). También se extrajeron toda las medidas de resultado disponibles reflejadas en cada trabajo aunque no tuvieran comparación con el resto de los trabajos. Como en todo el proyecto las posibles discrepancias entre los investigadores se resolvieron por acuerdo de dos de los grupos.

ESTRATEGIA DE BUSQUEDA

Búsqueda electrónica para identificar los trabajos relevantes, complementados por búsquedas manuales de referencias de artículos recuperados. Se formula la pregunta siguiendo el formato Paciente, Intervención, Comparador y Resultados (Sacket-PICO), con palabras clave Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs) y Medical Subject Headings (MeSH) adecuados al objeto de la búsqueda

Las bases de datos utilizadas en la búsqueda son:

? MEDLINE en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.

? COCHRANE en <http://www.biblioteca-cochrane.net/Clibplus/ClibPlus.asp>.

? JBI (Instituto Joanna Briggs) en <http://es.jbiconnect.org/connect/ebhc/search/search-form.php>

? INAHTA en <http://www.inahta.org/Search2/?pub=1>

? Scielo en <http://bvs.isciii.es>

? BVS (Biblioteca Virtual de Salud) en <http://www.bvsalud.org>

La última búsqueda se realizó en Marzo de 2009.

Los artículos completos utilizados son aquellos de disposición gratuita general, los contratados por SACYL para uso desde los ordenadores de los Centros de Salud y, a través de la biblioteca del Hospital Virgen de la Concha de Zamora, que amablemente nos ayudó en la recuperación de artículos completos. Se rechazaron aquellos artículos de los que no se pudo conseguir el texto

completo.

Las recomendaciones según nivel de evidencia y grado de recomendación (NE/GR) se elaboran según la clasificación del JBI.

RESULTADOS: Se encontraron 1317 referencias bibliográficas, que se ciñeron a 685 citas reales, no duplicadas o no relacionadas. 340 títulos fueron desestimados en la primera revisión porque los propios títulos no contenían los criterios de inclusión, y fueron aceptados para el estudio de los resúmenes 326 artículos. De estos, 164 resúmenes fueron aceptados para un examen detallado y 162 fueron excluidos porque no cumplen criterios de inclusión. Tras la lectura crítica se seleccionaron 25 artículos completos, referentes a 1 metanálisis, 6 revisiones sistemáticas y 18 trabajos de investigación no incluidos en las otras revisiones precedentes, para su revisión pormenorizada, quedándonos con 10 que son los de mayor calidad. (excluyendo una revisión por incluir diabéticos tratados con insulina):

? Metanálisis: 1 (Coster 2000)

? Revisiones Sistemáticas: 5 (Holmes 2002, Bria Ferré 2004, Welschen 2008, McAndrew 2007 y McGeoch 2006)

? Ensayos clínicos aleatorios: 6 (ESMON study 2009, Simon 2008, Palmer 2006, , Pfütznern 2002, Siebolds 2005 y Farmer 2009))

? Estudios descriptivos: 4 (Litwak 1999, Clua 1999, Oria Pino 2006, Sarmiento 2007)

Las principales causas de exclusión de los otros 7 estudios fueron que los ensayos no se realizaron al azar o que el ensayo también incluía pacientes en tratamiento con insulina.

El acuerdo inicial entre todos los revisores sobre la calidad metodológica general fue de un 95%. Las diferencias se debieron fundamentalmente a errores de lectura y en la interpretación de los criterios metodológicos. No se percibió que un grupo presentara más discrepancias que los otros dos.

DISCUSIÓN: Las revisiones sistemáticas anteriores, incluido el metanálisis de Coster llegan a la conclusión de que la automonitorización puede ser útil en algunos pacientes, con ciertas características (HbAc1 mayor de 8%, Correctamente instruidos en la automonitorización, con capacidad intelectual y académica suficiente, concienciados de la eficacia de la reducción de la HbAc1, o en circunstancias especiales como diagnóstico reciente, cambios de tratamiento, diabetes gestacional, patologías asociadas, etc.); o como parte de un programa educativo integrado.

En los ensayos clínicos y estudios descriptivos seleccionados, dadas las diferencias de datos de valor inicial de los pacientes y el tipo de intervenciones. No ha sido posible realizar un metanálisis. Los pacientes en los diferentes estudios partían de cifras de Glucemia Glucosilada muy dispares y de pacientes con una duración de la diabetes muy distinta. De igual manera, las intervenciones de los estudios fueron muy diferentes, tanto en diseño como en ejecución. Por consiguiente, se realizó un análisis cualitativo que nos mostró que no se han encontrado evidencias significativas de que la automonitorización de la glucemia sea eficaz para mejorar el control la glucemia en pacientes diabéticos tipo II no insulino dependientes ni en la reducción de sus costes globales. No hay datos sobre otros agentes intervinientes. Hay estudios que demuestran que para ciertos tipos de pacientes el autocontrol produce efectos negativos. Por el contrario otros aseguran que en la EpS el autocontrol es beneficioso.

De acuerdo a la catalogación de niveles de evidencia y grado de recomendación del JBI, hemos percibido los siguientes resultados:

1. La HbAc1 es un indicador reconocido (patrón oro) de control de la diabetes mellitus NE-I/GR-A
2. En pacientes de diagnóstico reciente, con el autocontrol se ha encontrado un aumento de la ansiedad y un descenso en la percepción de la calidad de vida NE-II/GR-B
3. El autocontrol puede mejorar el control de la diabetes, dentro de un programa de educación sanitaria NE-I/GR-A
4. No hay reducción de costes globales en pacientes autocontrolados NE-I/GR-A
5. No hay pruebas convincentes para recomendar la automonitorización a todos los pacientes, ni siquiera a subgrupos predefinidos NE-I/GR-A

IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: Un autocontrol sin implicaciones de cambio efectivo en el tratamiento y en los estilos de vida no obtiene resultados, incluso muestra complicaciones como aumento de la ansiedad o frustración del paciente. Un mayor consumo de tiras reactivas no implica un mayor control metabólico de los pacientes. La relación coste-beneficio está desequilibrada hacia el coste y no hacia el beneficio. Dentro del autocuidado entendido como estrategia global, el autocontrol permite al diabético adaptar su régimen terapéutico a los resultados del análisis. Por el contrario el autoanálisis sin control es inefectivo. Es imprescindible valorar las habilidades que posee el diabético para adaptar el régimen terapéutico a los valores de glucemia capilar, para posteriormente enseñar la técnica de autoanálisis.

Por todo ello creemos que las recomendaciones que nos muestra la evidencia son:

• Se debe evitar la automonitorización de los pacientes diagnosticados de Diabetes Mellitus Tipo 2 no tratados con Insulina y diagnosticados hace menos de seis meses, para evitar aumentar la percepción de pérdida de calidad de vida.

• Se debe evitar el uso indiscriminado y predefinido de la automonitorización. Es decir se debe seleccionar cuidadosamente al paciente que puede automonitorizarse, siendo más eficaz para momentos puntuales de falta de control que para su uso continuado

• Se deben fomentar el uso de programas de educación sanitaria con automonitorización integrada en el programa y no como una intervención independiente.

• Se debe fomentar la investigación en otros agentes intervinientes y en otros resultados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Welschen LMC, Bloemendal E, Nijpels G, Dekker JM, Heine RJ, Stalman WAB, Bouter LM. Automonitorización de la glucemia en pacientes con diabetes de tipo 2 que no usan insulina (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 2- Goday A, Serrano Ríos M. Epidemiología de la diabetes mellitus en España. Med Clin (Barc) 1994; 102: 306-315.
- 3- Mata Cases M, Cano Pérez JF, Franch Nadal J, Mundet Tuduri X, Tomás Santos P. Diabetes Mellitus Tipo 2: Protocolo de actuación. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. FMC-Protocolos.Barcelona 2000, pag 7.
- 4- Godoy A. Epidemiología de la diabetes y sus complicaciones no coronarias. Revista Española de Cardiología 2002; 55: 657-670.
- 5- CADIME. Diabetes Mellitus tipo 2: Tratamiento. Boletín Terapéutico Andaluz 1999 (5).
- 6- United Kingdom Prospective Diabetes Study Group. Intensive blood-glucose control with sulfonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). Lancet 1998; 352: 837-852.
- 7- United Kingdom Prospective Diabetes Study Group. Effect of Intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). Lancet 1998; 352: 854-864.
- 8- American Diabetes Association. Implications of the United Kingdom Prospective Diabetes Study. Clinical Practice Recommendations. Diabetes Care 2000; 23 (Supl 1): 24-26
- 9- American Diabetes Association. Self Monitoring of blood glucose (consensus statement). Diabetes Care 1997;16 (suppl1): S62-S66
- 10- Holmes V, Griffith P. Self Monitoring of glucose levels for people with type 2 diabetes. British journal of community Nursing 2002;7(1):41-6
- 11- Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Cuaderno I. Editor CASPe; D.L.: A-516-2005 © 2005.

AUTORES/AUTHORS:

SALVADOR PITA FERNÁNDEZ, ROCÍO SEIJO BESTILLEIRO, FRANCISCO VALDÉS CAÑEDO, TERESA SEOANE PILLADO, SONIA PÉRTEGA DÍAZ

TÍTULO/TITLE:

INCIDENCIA DE DIABETES POSTRASPLANTE RENAL

OBJETIVO:

Determinar la incidencia de diabetes en pacientes trasplantados renales.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Ámbito: trasplantados renales en el Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Periodo: Enero/1981-Diciembre/2007

Estudio: de seguimiento prospectivo y retrospectivo.

Criterios de inclusión: pacientes sometidos a un trasplante renal en dicho ámbito.

Mediciones: Incidencia de diabetes pre y postrasplante según criterios de la ADA, edad, sexo del receptor, triglicéridos y HDL basal,

Índice de masa corporal(IMC) basal, Dosis de prednisona al mes del trasplante, Inmunosupresores(Ciclosporina vs tacrolimus)

Muestra: n=1967(nivel de confianza=95%;precisión=±2.21)

Análisis estadístico:Estudio descriptivo y regresión logística para determinar las variables asociadas a la aparición de diabetes postrasplante.

RESULTADOS:

La prevalencia de diabetes pretrasplante es(8.5%) ,postrasplante(22.8%). La incidencia de casos nuevos postrasplante es(17.0%).

Los diabéticos pretrasplante en comparación con los que no lo son, son mayores en edad, IMC, y triglicéridos≥ 200 e IMC>27

Tras el trasplante hay diferencia significativa ente los casos incidentes de diabetes y los que no lo son en: edad(53.34 vs 45.18),

IMC(25.8 vs 24.19) HDL basal(39.0 vs 34.0) , reciben tacrolimus(47.3% vs 26.5%), sexo mujer(52.7% vs 36%), IMC>27(33.6 vs

15.4), Triglicéridos≥ 200 e IMC>27(7.2% vs 2.3%). No hay diferencias en triglicéridos≥ 200; HDL<40 hombres y

triglicéridos>150 y HDL<50 mujeres y triglicéridos>150.

Tras ajustar por todas ellas objetivamos que las variables con efecto independiente para predecir diabetes post trasplante son: la edad(OR=1.06), triglicéridos(OR=1,01),y recibir tacrolimus en lugar de Ciclosporina(OR=4)

DISCUSIÓN: Existe un incremento de la incidencia de diabetes tras trasplante renal relacionada con la edad, alteraciones en los triglicéridos y por el hecho de recibir inmunosupresión con tacrolimus.

IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA: En el seguimiento de los pacientes trasplantados renales la presencia de diabetes es un evento frecuente que debe ser diagnosticado y controlado lo más precozmente posible.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

First MR, Gerber DA, Hariharan S, Kaufman DB, Shapiro R. Posttransplant diabetes mellitus in kidney allograft recipients: incidence, risk factors, and management. *Transplantation*. 2002 Feb 15;73(3):379-86. Cosio FG, Pesavento TE, Kim S, Osei K, Henry M, Ferguson RM. Patient survival after renal transplantation: IV. Impact of post-transplant diabetes. *Kidney Int* 2002; 62(4):1440-6 Kasiske BL, Snyder JJ, Gilbertson DT, Wang C. Cancer after kidney transplantation in the United States. *Am J Transplant*. 2004

Jun;4(6):905-13

AUTORES/AUTHORS:

Su-Er Guo, Brian Joseph Buchan

TÍTULO/TITLE:

Information needs and coping strategies from the perspective of individuals with chronic obstructive pulmonary disease

Objectives: In the management of chronic illnesses such as COPD increasing the ability of patients to recognize and manage their illness is a health care priority. However, health professionals cannot provide adequate and timely information and education to best assist the patient if they do not understand what information patients need. The aim of this study was to explore the experiences of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) with particular regard to patients' disease-related educational needs and coping behaviors/strategies.

Method: A descriptive qualitative research study involving in-depth individual interviews was conducted in five regional hospital respiratory units in Taiwan. Purposive sampling identified 20 patients aged 43-86 with COPD of variable severity. Narrative data generated by the interviews was transcribed and analyzed using content analysis procedures.

Results: Five primary themes about informational needs that emerged from the qualitative data were identifying symptoms requiring immediate medical attention, ensuring appropriateness of care to prevent readmission, managing nutritional issues, establishing correct oxygen use, and ensuring correct metered dose inhaler use. Participants described how physical influences like fatigue and shortness of breath, as well as negative feelings about their disease (feelings of dependence, isolation and stigma), affected their quality of life. Individuals with COPD developed strategies to adapt to the disease including having an inactive lifestyle, having little or no social activity, wearing more clothes, drinking more water, and changing eating habits and frequency of meals.

Discussion and relevance for practice: These findings highlight important areas of informational need identified by COPD patients while also identifying key adaptive strategies patients employ to mitigate disease effects. Listening to and understanding informational needs and coping strategies from patients' perspectives is critical. Health professionals could use this knowledge to better address educational deficits identified in this study and should strive to include the patient as a collaborative partner in health care education processes.

Key words: Qualitative study, Chronic lung disease, Patient perception, Chronic Obstructive Pulmonary Disease

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Astin, F., Closs, S. J., McLenachan, J., Hunter, S., & Priestley, C. (2008a). The information needs of patients treated with primary angioplasty for heart attack: An exploratory study. *Patient Education & Counseling*, 73(2), 325-332. Astin, F., Closs, S. J., McLenachan, J., Hunter, S., & Priestley, C. (2008b). Primary angioplasty for heart attack: Mismatch between expectations and reality? *Journal of Advanced Nursing*, 60(2), 258-272. Hsieh, E. Information seeking and avoiding in health contexts. *Human Communication Research* 2002;28:258-72. Hsiao, K-M. The world COPD day: the impact of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Taiwan. Retrieved from <http://hospital.kingnet.com.tw/essay/essay.html?pid=3790&category=%C2%E5%C3%C4%AF%AF&type=> May 18, 2009 asdt Magfire, K. (2005). Preparing nurses for the global pandemic of chronic obstructive pulmonary disease. *J Nurs Scholarship*, 37, 127-33. Scott, J. T., & Thompson, D. R. (2003). Assessing the information needs of post-myocardial infarction patients: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 50, 167-177. Smith, J., & Liles, C. (2007). Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: A comparative, descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 16(4), 662-671. Wilson, J. S., O'Neill, B., Reilly, J., MacMahon, J., Bradley, J. M. (2007). Education in pulmonary rehabilitation: the patient's perspective. *Arch Phys Med Rehabil*, 88, 1704-09. World Health Organization. COPD predicted to be third leading cause of death in 2030. Retrieved from http://www.who.int/respiratory/copd/World_Health_Statistics_2008/en/index.html

Mesa de comunicaciones 6: Personas mayores

Concurrent session 6: Elderly

AUTORES/AUTHORS:

Doris Sequeira

TÍTULO/TITLE:

Valoración de la percepción de la autoeficacia de un grupo de adultos mayores de la comuna de Valparaíso

Introducción:

La autoeficacia es considerada un predictor de las conductas de salud física y mental, se la relaciona con comportamientos promotores de salud, (Navarro 2006), con la adhesividad al tratamiento, con el aumento en la disposición del apoyo social (Salvarezza 2000) y con las habilidades sociales y la asertividad.

Su importancia reside en que hace referencia a la confianza que tiene la persona en sus capacidades para realizar las acciones que sean necesarias para alcanzar los resultados esperados. Su estudio proporciona al profesional de enfermería un marco conceptual para el desarrollo de intervenciones educativas y asistenciales orientadas a la estimulación y reforzamiento de las conductas de auto-cuidado generales y específicas.

Aunque la mayoría de los estudios realizados asocian la autoeficacia a una situación específica, ésta también puede ser estudiada en forma general, valorando el nivel de autoeficacia, es decir, las competencias personales que presenta una persona para hacer frente a una variedad de situaciones que se le pueden presentar durante su ciclo vital.

Bandura (1977), citado por Salvarezza, establece que debe diferenciarse entre las expectativas de auto-eficacia y las expectativas de resultados, definiendo a las expectativas de autoeficacia como las creencias que tiene la persona de que dispone de los recursos personales para poder ejecutar correctamente una conducta y a las expectativas de resultado como las creencias de que la conducta que trata de desarrollar, producirá los resultados deseados.

Las creencias de autoeficacia determinan la elección de conductas a realizar frente a situaciones específicas así como la cantidad de esfuerzo que deberá emplearse para realizar dicha conducta y recuperar así su estabilidad, despierta además en las personas la necesidad de esforzarse en la medida exigida por la conducta y estimula su perseverancia frente a las dificultades. Influyen en la percepción de auto-eficacia la conducta, el aprendizaje vicario, la persuasión y el estado físico de la persona.

En los adultos mayores, la autoeficacia se asocia al sentimiento de poder ser capaces de participar en la solución de conflictos que surgen en la vida cotidiana y de generar soluciones que les permitan crear las estrategias de afrontamiento necesarias para hacer frente a dichas situaciones.

La evaluación que hacen los adultos mayores de su autoeficacia está influida por las expectativas que mantienen sobre su propia habilidad, por sus aptitudes y por las dificultades que asocian a la acción específica a desarrollar. El grado de dificultad está a su vez determinado por las experiencias previas que haya tenido en la realización de dichas acciones, de la información y del apoyo que le proporcione su red social

El nivel de confianza que tenga la persona mayor de poder alcanzar el rendimiento esperado, definirá si intenta o no ejecutar la conducta requerida frente a la situación específica que se le presenta, cuanto esfuerzo deberá realizar, cuanto tiempo deberá emplear para mantener dicho esfuerzo y las reacciones emocionales frente a la situación a la cual se enfrenta.

Así los mayores que se sienten eficaces y tienen confianza en poder alcanzar los resultados esperados, eligen tareas más desafiantes, se fijan metas más altas y persisten más en sus propósitos para lograr las metas que se plantean. Son más optimistas, tienden a evaluar su salud como excelente o buena, presentan menos cuadros de enfermedad, se recuperan más rápido cuando enferman, son más proclives a iniciar cuidados preventivos, a buscar tratamientos en forma precoz y a confiar en la eficacia de éstos. En cambio, los mayores que se perciben ineficaces tienden a presentar una baja autoestima, pensamientos pesimistas acerca de sus logros y de su desarrollo personal, una baja percepción de su salud, sentimientos depresivos y de desamparo, tienden a manifestar ansiedad, una baja percepción de su bienestar, a limitar el ámbito de sus actividades y a disminuir el esfuerzo otorgado a aquellas que emprende, dificultando su desempeño cognitivo.

En el presente estudio se ha realizado una valoración de la autoeficacia general de un grupo de adultos mayores asociándola con algunas características socio-demográficas y de salud.

Objetivos:

a) Valorar la percepción general de auto-eficacia en los mayores que asisten a la Casa de Encuentro del Instituto de Normalización

Previsional de Valparaíso.

b) Determinar la influencia de algunas características demográficas y de salud en la percepción de auto-eficacia

Metodología:

a) Lugar: el estudio se realizó en la Casa de Encuentro del Instituto de Normalización Previsional de Valparaíso durante julio-agosto del 2008

b) Diseño: estudio descriptivo exploratorio.

c) Población y Muestra: la población corresponde a adultos mayores organizados de la comuna de Valparaíso que asisten a los Talleres que se imparten en la Casa de Encuentro. La muestra por conveniencia, estuvo constituida por 124 personas mayores de 60 años, 73% mujeres y 30% hombres, con un promedio de edad de 70,81 años con una desviación típica de 7,24, el mínimo de edad fue de 60 años y el máximo de 89 años.

d) Variables en estudio: como variable dependiente la auto-eficacia y como variables independientes sexo, edad, estado civil, escolaridad, percepción del estado de salud, presencia de enfermedades crónicas, forma de convivencia y auto-percepción de soledad.

e) Instrumentos empleados: Encuesta estructurada para las características demográficas y de salud y la Escala de Auto-eficacia Generalizada de Bähler, Schwartzer y Jerusalem (1993) que evalúa el sentimiento estable de competencia personal para manejar de forma eficaz una gran variedad de situaciones estresantes. Consta de 10 preguntas con respuestas que varían entre 1 (incorrecto) a 4 (cierto), con un total de 40 puntos, a mayor puntaje mayor percepción de auto-eficacia; los autores sugieren se utilice el puntaje medio obtenido en la muestra como puntaje de corte.

f) Análisis de datos: los datos se procesaron con el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales, SPSS versión 15. El análisis estadístico se realizó a través de la distribución de frecuencias para resumir las características de la muestra; para analizar la relación entre la auto-eficacia y las variables independientes, se realizó las pruebas de t de Student y Anova.

Resultados:

En cuanto a las características demográficas de la muestra, un 54% tiene menos de 70 años y un 15,3% tiene sobre 80 años; el 45,9% vive en pareja y un 33,9% se encuentra viuda; el 29,8% de la muestra vive solo, un 36,3% tiene enseñanza media completa y un 17% estudios superiores; el 26,6% considera que su salud es entre regular y mala; entre las enfermedades crónicas predomina la hipertensión arterial con un 62,1%, un 38,7% tiene problemas de artrosis, un 29% tiene antecedentes de caídas; en relación a su etapa de vida, el 43,6% se siente inútil la mayor parte del tiempo y todo el tiempo, un 21% de la muestra se siente sola.

El puntaje mínimo obtenido en la escala de auto-eficacia fue de 13 y el máximo de 40, con una media de 33,51 (dt: 6,551), un 33,9% de la muestra tiene una baja percepción de auto-eficacia y un 66,1% una alta percepción.

Al analizar la relación entre la percepción de auto-eficacia y las variables demográficas, obtienen una mayor media en la puntuación de la escala de autoeficacia, las mujeres (m=33,59), los mayores entre los 60-64 años (m=34,35) y los 75-79 años (m=34,32), los mayores que viven en pareja (m=37,80), los que viven solos (m=33,76) y los que tienen estudios superiores (m=36,29).

Las puntuaciones medias más bajas la obtienen los adultos mayores que presentan diabetes (m=30,80), hipertensión arterial (m=32,88), bronquitis (m=32,11), artrosis (m=32,17), los que perciben su salud como regular (m=30,23) y mala (m=32,67), los que tienen antecedentes de caídas (m=31,44), los que se sienten inútiles todo el tiempo (32,44) y los que se sienten solos (m=30,38).

Al analizar estadísticamente la relación entre la autoeficacia y las variables demográficas, no se encontraron diferencias significativas en su relación con el sexo ($p=0.811$), con la edad ($p=0.202$), con la escolaridad ($p=0.254$), con el estado civil ($p=0.226$) y con el tipo de convivencia ($p=0.784$).

Al relacionar las enfermedades crónicas con la percepción de autoeficacia, no se encontraron diferencias significativas con la diabetes ($p=0.052$), con la hipertensión arterial ($p=139$), con la artrosis ($p=0,077$) y la bronquitis ($p=0,371$). No se evidenció relación entre la percepción de autoeficacia y el sentimiento de inutilidad ($p=0,478$). Si se encontraron diferencias significativas entre la percepción de auto-eficacia y la percepción del estado de salud ($p=0.004$), con la presencia de caídas ($p=0,037$) y con el sentimiento

de soledad ($p=0,016$).

Discusión:

En relación al primer objetivo, se puede comentar que el porcentaje de mayores de la muestra con una baja percepción de autoeficacia generalizada es menor a la encontrada por Aguirre (2006) en el mismo grupo etario (33,9% v/s 36%), diferencia que podría explicarse por las características de la muestra, todos pertenecen a grupos de mayores organizados que asisten a diferentes talleres de aprendizaje con lo que se mantienen activos desde el punto de vista físico y cognitivo, elementos que influyen positivamente en la percepción de autoeficacia.

El segundo objetivo planteaba analizar la relación entre la percepción de autoeficacia y variables demográficas y de salud; en relación a la asociación con las variables demográficas, éstas no mostraron diferencias estadísticamente significativas en la muestra estudiada, resultados no consistente con otros estudios en que se encontraron diferencias significativas entre la percepción de auto-eficacia con el sexo y la edad (Navarro, 2006, Aguirre, 2006) diferencia que podría estar dada en que la muestra es ?más joven? que la estudiada por Navarro (mayores de 70 años) y que en este grupo de mayores activos tanto hombres como mujeres se perciben con las mismas habilidades sociales, confianza que puede derivar en que más del 50% de la muestra tiene doce y más años de escolaridad y de acuerdo a Salvarezza (2000), a mayor nivel educativo, aumenta el nivel de información de las personas y el valor que se le concede a la educación influyendo en las expectativas de auto-eficacia.

En cuanto a la relación de la percepción de autoeficacia y percepción del estado de salud, los resultados encontrados son consistentes con otros estudios teóricos que refieren una estrecha relación entre el nivel de autoeficacia y la mala percepción de salud, el que no se haya encontrado relación con las enfermedades crónicas puede atribuirse a las características de la muestra y a que las enfermedades no han interferido en su capacidad funcional, a diferencia de las caídas que si limitan la funcionalidad física impidiendo el desplazamiento a sus actividades sociales.

El que la autoeficacia percibida se relacione con el sentimiento de soledad podría deberse a que los mayores que se sienten solos atribuyan a causas internas su soledad (por ejemplo características de personalidad).

Teniendo en cuenta estos resultados, se sugiere profundizar en su estudio investigando la autoeficacia en otros grupos de mayores, por ejemplo en los que se atienden es establecimientos de atención primaria o en mayores que viven solos incorporando variables como la soledad, la autoestima o su relación con las enfermedades crónicas.

Sería de utilidad para el profesional de enfermería incorporar la aplicación de la escala de autoeficacia generalizada a la valoración funcional de la persona mayor de manera de detectar en forma precoz su nivel de percepción de eficacia y a través de su intervención, contribuir al desarrollo y mantención de las creencias de autoeficacia potenciando así la capacidad de los mayores en la toma de decisiones y resolución de problemas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Aguirre M, Aguirre C, Bravo G. Autoeficacia de los chilenos. Estudios de opinión ciudadana, Universidad de Talca, 2006, Año 4, N°42.  Navarro A, Bueno B, Buz J, Mayoral P. Percepción de autoeficacia en el afrontamiento de los problemas y su contribución en la satisfacción vital de las personas muy mayores. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2006; 41:222-7.  Ortiz J, Castro M. Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. Contribución de Enfermería. Ciencia y Enfermería [revista en Internet]*2009 [acceso 18 de agosto 2009] Vol. XV (1): 25-31. Disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717>  Sanjuán P, Pérez A, Bermúdez J. Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. Psicothema [revista en Internet]* 2000 [acceso 19 agosto 2009] Vol. 12, Supl. nº 2, pp. 509-513. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/615.pdf>  Salvarezza L. compilador. La Vejez, Una mirada gerontológica actual. 2ª.ed. Buenos Aires: Paidós, 2000.  Schwarzer R: Everything you wanted to know about the General Self-Efficacy Scale. [acceso 18 agosto]* 2009. Disponible en: http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/swe_faq_english.pdf

AUTORES/AUTHORS:

Margarita Garrido Abejar, Raquel Bartolomé Gutiérrez, M^a Dolores Serrano Parra, M^a Victoria García López, Jose Luis González Geraldo, Julia Garrido Abejar

TÍTULO/TITLE:

FACTORES PREDICTORES DEL DETERIORO FUNCIONAL PARA LAS ABVD EN MAYORES INSTITUCIONALIZADOS DE CUENCA

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es un éxito social que plantea nuevos retos al aumentar las necesidades de atención socio-sanitaria (1). Las personas mayores suelen tener tasas más altas de morbilidad y afecciones geriátricas crónicas que pueden producir deterioro funcional y como consecuencia dependencia para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). En España existen poca investigación sobre los factores de riesgo de dependencia en mayores institucionalizados El descenso progresivo de la capacidad funcional en este grupo de mayores probablemente sea debido a una etiología multifactorial acumulativa e interactiva (2,3).

Nuestro objetivo: analizar las asociaciones entre múltiples afecciones geriátricas y deterioro funcional en mayores institucionalizados.

MATERIALES Y MÉTODOS**Diseño y sujetos del estudio**

Estudio descriptivo transversal multicéntrico. Se seleccionaron 17 residencias de la provincia de Cuenca, que cumplieran el criterio de número de plazas >60. Las residencias incluidas fueron representativas de la Comunidad de Castilla la Mancha, en titularidad y ubicación (se incluyeron públicas y privadas, urbanas y rurales).

Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo aleatorio sistemático de forma proporcional al tamaño de la residencia. Se excluyeron del estudio las personas <60 años, residentes temporales, hospitalizadas o con enfermedad terminal y las que no desearon participar en el estudio. Finalmente recogimos datos de 547 mayores. Se obtuvo el consentimiento informado personal o de sus representantes legales.

VARIABLES e instrumentos de medida**Datos sociodemográficos**

Los datos incluidos en este estudio fueron edad, sexo, estado civil, nivel estudios, convivencia anterior, motivación y decisión de la institucionalización así como tiempo en años que estaban institucionalizados.

Capacidad funcional y Dependencia

La variable resultado utilizada fue la capacidad funcional para las ABVD, fue el Índice de Barthel (4). Su rango de medida va de 0 a 100 y se interpreta que a mayor puntuación mayor nivel de independencia. Coincidiendo con otros estudios (5) se estableció el punto de corte en <80 para determinar el grupo de referencia, los mayores independientes o dependientes leves. La información autorreferida fue contrastada para descartar interferencias (6).

Enfermedades crónicas

En nuestro estudio registramos sólo las enfermedades crónicas diagnosticadas e incluidas en la historia clínica individual. Las

enfermedades fueron agrupadas en las siguientes patologías crónicas: cardíacas, vasculares, cerebro-vasculares, respiratorias crónicas, diabetes, osteoarticulares, esquizofrenia, depresión y demencias. Se excluyeron los carcinomas avanzados, fallos renales crónicos, los hospitalizados o los mayores con procesos agudos. Todas las enfermedades fueron recogidas como variables dicotómicas.

Síndromes geriátricos

En nuestro estudio evaluamos, la presencia de déficits sensoriales, incontinencias, caídas accidentales, úlceras por presión, pérdida de peso no intencional, debilidad o cansancio, sedentarismo y apatía. Todas las variables fueron registradas como variables dicotómicas.

Funcionamiento cognitivo

Se administró la Escala Mini-Examen Cognoscitivo (MEC-30) (7) en la versión validada española (8). Su rango de medida va de 0-30, a mayor puntuación mejor rendimiento cognitivo, situamos el punto de corte en >20 para determinar el grupo de referencia, con habilidades cognitivas intactas o deterioro cognitivo leve (9).

Recogida de datos

La información fue recogida por estudiantes becadas de enfermería previamente entrenadas, durante los meses de enero a junio de 2008 en un formato estandarizado.

El estudio contó con las autorizaciones del Comité de Ética en Investigación Clínica del Hospital 'Virgen de la Luz' de Cuenca y la Delegación Provincial de Bienestar Social.

Análisis estadístico

Para el tratamiento estadístico de los datos utilizamos el programa SPSS, v 15.0. Realizamos un análisis descriptivo de las características sociodemográficas de la muestra así como un análisis bivariado con las pruebas X² para las variables cualitativas y con la t de Student para las variables cuantitativas, con ambas pruebas determinamos, con un Intervalo de Confianza (IC) del 95% la asociación de cada variable independiente con la variable resultado. Se consideraron valores significativos cuando la $p < 0,05$. Posteriormente con las variables independientes que resultaron significativas en el análisis bivariado, se realizaron pruebas de regresión logística para determinar las OR con unos IC del 95%.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 547 mayores de entre 60 a 99 años, con una edad media de 82,68 y una Desviación Típica (DT) del 7,31. Las mujeres representaron un 60,3% de la muestra con una edad media de 83,24 (DT 7,14).

Respecto a las enfermedades crónicas encontradas, las vasculares, diabetes y osteoarticulares fueron las más frecuentes y se distribuyeron de forma semejante en el grupo de dependientes y en el de independientes. En los análisis bivariados sólo se asociaron significativamente con dependencia $p < 0,01$, el Accidente Cerebro Vascular Agudo (ACVA) y la demencia. Además, encontramos que dependencia se asocia significativamente con mayor índice de co-morbilidad y mayor número de consumo de fármacos de forma habitual. La relación de los Síndromes Geriátricos (SG) que se asociaron con dependencia fueron: el déficit auditivo, ambas incontinencias, las úlceras por presión, la pérdida de peso no intencional, el sedentarismo, el cansancio y la apatía. El déficit visual está en el límite de significación; también la variable suma de los SG se relacionó con dependencia (tabla no disponible por insuficiente espacio).

Partiendo de las asociaciones significativas detectadas en los análisis bivariados, se llevaron a cabo dos modelos de regresión logística, en el primero se introdujeron como variables independientes co-morbilidad, polifarmacia, suma de SG y deterioro cognitivo y en el segundo se exploraron los efectos individuales de los SG.

En el primer modelo de regresión logística, controlando las variables confusoras (edad y sexo) mostró como variables independientes predictoras de deterioro funcional para realizar las ABVD el número de SG, de manera que cada incremento en la acumulación de los mismos aumenta el riesgo de dependencia 2,45 veces. También encontramos que tener un peor rendimiento

cognitivo aumenta 2 veces el riesgo de deterioro funcional (tabla 1).

Tabla 1. Variables predictoras de dependencia para las ABVD

Variable Odds Ratio. Intervalo Confianza 95%. Valor p

Edad			
Género			
Co-morbilidad			
Polifarmacia			
Suma Síndromes Geriátricos			
Estado Cognitivo <20 en el MEC	1,02	(0,98-1,05)	NS
	0,87	(0,53-1,41)	NS
	1,14	(0,89-1,45)	NS
	0,96	(0,88-1,06)	NS
	2,45	(2,06-2,92)	<0,001
	2,71	(1,68-4,37)	<0,001

Para determinar qué SG presentaban mayor riesgo de asociarse con dependencia, en un segundo modelo de regresión logística se introdujeron todos los estudiados que presentaron en el análisis bivariado significación y la variable estado cognitivo. Los resultados indicaron que los sujetos con incontinencia de orina tuvieron un riesgo 10 veces mayor que los que no lo eran, los incontinentes fecales presentaron un riesgo 5 veces mayor y los que realizaban escasa actividad física tenían un riesgo 2 veces mayor. El deterioro cognitivo se mantuvo consistente (tabla 2).

Tabla 2. Efectos de los síndromes geriátricos predictores de dependencia para las ABVD

Variable Odds Ratio. Intervalo Confianza 95%. Valor p

Edad			
Género			
Déficit auditivo			
Incontinencia orina			
Incontinencia fecal			
Pérdida peso no intencional			
Úlceras por presión			
Escasa actividad física			
Cansancio			
Apatía			
Estado Cognitivo <20 en el MEC	1,00	(0,97-1,04)	NS
	0,75	(0,42-1,32)	NS
	0,50	(0,15-1,59)	NS
	10,18	(5,35-19,34)	<0,001
	5,50	(2,49-12,15)	< 0,001
	2,54	(0,24-26,25)	NS
	1,33	(0,36-4,93)	NS
	2,71	(1,27-5,78)	0,01

1,38	(0,68-2,79)	NS
1,27	(0,69-2,35)	NS
2,45	(2,06-2,92)	0,001

DISCUSIÓN

La novedad de nuestro trabajo consiste en que evaluó las relaciones entre la escala de dependencia para la realización de las ABVD y diferentes enfermedades y SG en mayores institucionalizados. Nuestros hallazgos indicaron que el deterioro funcional se relacionaba con una acumulación de déficits con un papel sustancial de los SG y del deterioro cognitivo, con independencia de la edad y género.

La prevención de la discapacidad asociada al envejecimiento tiene que incluir el estudio de los SG de mayor prevalencia en mayores institucionalizados y cuyo papel sobre la dependencia no ha sido suficientemente estudiado, probablemente las razones sean múltiples, por un lado pueden estar vinculadas con la falta de consenso sobre cuales, sus causas y tratamiento (1, 2, 10) y por otro lado con insuficientes instrumentos metodológicos que favorezcan su correcto diagnóstico y abordaje terapéutico (10, 11). Sin embargo, nuestros resultados coinciden con los estudios más recientes que destacan su papel predictor de dependencia tanto individualmente considerados (12) como la acumulación de los mismos, especialmente en ambas incontinencias y escasa actividad física. Además un peor rendimiento cognitivo incrementa el riesgo de discapacidad funcional porque puede dar lugar a mayor vulnerabilidad psicológica y puede estar en el origen de la dependencia (13,14).

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

? Para prevenir el progreso de la dependencia en los mayores institucionalizados es necesario asumir un enfoque multicausal y multidimensional del problema. Los mayores institucionalizados suelen presentar múltiples enfermedades y una acumulación de déficit que conllevan un rápido deterioro funcional y dependencia.

? Es necesario prestar atención no sólo a las enfermedades crónicas sino al conjunto de síndromes geriátricos, en ocasiones infravalorados a pesar de su elevada prevalencia y su papel en la dependencia. Los síndromes geriátricos representan un desafío para los profesionales porque se asocian con dependencia y no tienen una única causa subyacente e identificable que pueda curarse. Sin embargo se pueden prevenir y retrasar su evolución.

? La valoración sistemática permitiría detectar precozmente a los mayores con tendencia a acumular déficits, con deterioro cognitivo moderado, con sedentarismo y con primeros signos de incontinencia. En este sentido, la aplicación de instrumentos como la valoración geriátrica integral proporcionaría a las enfermeras un marco desde el que evaluar la progresión del deterioro y planificar de forma eficiente intervenciones cuidadoras que lo prevengan o retrasen.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

REFERENCIAS 1. Gómez J, Martín I, Baztán JJ, Regato P, Formiga F, Segura A, Abizanda P, Cuesta JP, Prevención de la dependencia en las personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2007; 42(Supl 2):15-56. 2. Wolff JL, Boulton C, Boyd C, Anderson G. Newly report chronic conditions and onset of functional dependency. J Am Geriatr Soc. 2005;53:851-855. 3. Rojas Ocaña, M^a.J.; Toronjo Gómez, A; Rodríguez Ponce, C; Rodríguez Rodríguez, J.B.: autonomía y estado de salud percibida en ancianos institucionalizados Gerokomos 2006; 17 (1): 6-23. 4. Mahoney FJ, Barthel DW: Functional evaluation: The Barthel Index. Md State Med J. 1965; 14(2):61-65. 5. Urbiña JR, Flores MJ, Rodríguez E, Torres L, Torrubias RM. El anciano de riesgo en la provincial de Guadalajara. Aten Primaria 2004; 34(6):293-299. 6. Sinoff G, Ore L. The Barthel activities of daily living index: Self-reporting versus

actual performance in the old-old (<75 years) J Am Geriatr Soc. 1997; 45:832-836. 7. Folstein MF, Folstein SE, 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. 8. Lobo A, Saz P, Marcos G, Dia JL, Câmara C, Ventura T, Morales F, Pascual LF, Montañés JÁ, Aznar S 1999: Re-validación del Mini-Examen cognitivo en personas ancianas. Medicina Clínica 1999;112 (20):767-774. 9. Rothera I, Jones R, Harwood R, Avery A, Waite J. Health status and assessed need for a cohort of older people admitted to nursing homes. Age and Ageing 2003;32:303-309. 10. González Montalvo JI, Alarcón T. Grandes síndromes geriátricos, Concepto y prevención de los más importantes. Medicina 2005;81(108)5778-5785. 11. Inouye SK, Studenski S, Tinetti M et al. Geriatric syndromes: Clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. J Am Geriatr Soc 2007; 55(5):780-791. 12. Cigolle CT, Langa KM, Kabeto MU, Tian ZT, Blaum CS. Geriatric conditions and disability: the health and retirement study. Ann Intern Med. 2007;147:156-164. 13. Ávila-Funes JA, Amieva H, Barberger-Gateau P et al. Cognitive impairment improves the predictive validity of the phenotype of frailty for adverse health outcomes: the three-city study. J Am Geriatr Soc. 2009; 57:453-461. 14. Carpenter GI, Hastie CL, Morris JN et al. Measuring change in activities of daily living in nursing home with moderate to severe cognitive impairment. BMC Geriatrics 2006; 6:7.

AUTORES/AUTHORS:

María Dolores Royo Arán, María Dolores Royo Arán, Laura Gonzalez Gonzalez, Dolores Miguel Ruiz, Bárbara Hurtado Pardos, Juan Francisco Roldán Merino

TÍTULO/TITLE:

ESTUDIO DE OPINIÓN SOBRE LA ESQUIZOFRENIA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

Introducción:

Se ha comentado y escrito mucho acerca de la enfermedad de la esquizofrenia pero la verdad, es que es la gran desconocida de la salud mental.

Una de las mejores maneras de minimizar la estigmatización y reducir la discriminación que acompaña a la esquizofrenia consiste en aclarar los conceptos erróneos sobre la enfermedad.

El trastorno es un interferidor de las capacidades por ello el profesional ha de ser capaz de comprender de que a través de su praxis cuidará para que cada cual se aproxime mas a su verdadero ?yo?. Así al final del tratamiento las personas dirán: ?controlo mejor mi propia vida?, o ?he aprendido que tengo derecho a elegir, o hacer lo que quiero hacer y no a lo que no quiero hacer?, o ?ya no dependo de otros para mi seguridad y mi sensación de bienestar?. Esta sensación subjetiva de autonomía se acompaña de cambios objetivos: las personas son más capaces de mayor libertad o afrontan con mayor eficacia las situaciones sociales.

Por otro lado, deberíamos de ser capaces de plantearnos ¿quién define el bienestar, si no es la propia persona?. Podemos entender que la consecución de la realización personal tiene mucho que ver con las capacidades y posibilidades, que tiene el individuo para hacer frente a su propia angustia, y estas conductas a su vez están determinadas por la construcción progresiva que la persona realiza durante su vida. La sociedad actual tiene algo que ver con la presencia de algunas interferencias que toman significado sobre todo si se trata de valorar la salud mental.

Según Adela Cortina desde el punto de vista médico es cierto que el descubrimiento y la creciente aceptación del principio de autonomía han ido sugiriendo tanto la idea de que el paciente es un sujeto capaz de y legitimado para tomar decisiones acerca de cuestiones que le afectan vitalmente, como la idea de que el personal sanitario no tiene derecho a arrebatarle tales decisiones, salvo que en casos en que el grado de autonomía del paciente no sea suficiente como para dejar la decisión en sus manos. De hecho, cuestiones como la de consentimiento informado han venido a concebirse como la expresión médica del principio de autonomía. Ahora bien, estas informaciones han de ir acompañadas de un dialogo profundo con el paciente.

El interés del profesional estará centrado por completo en los diagnósticos de los trastornos, con el ciego afán de explicar las patologías, olvidando comprender a la persona enferma. Según autores, habría de dar la razón a quien afirma que se aprende más psicología leyendo a Shakespeare, Calderón, Dostoievski o Machado que en un tratado de Psicología.

La estigmatización es uno de los principales problemas para conseguir el éxito del tratamiento, controlar la enfermedad o poder alcanzar la reintegración de las personas que padecen esta enfermedad en nuestra sociedad.

La palabra estigma² proviene del griego y significa ?atravesar, hacer un agujero? aplicada a alguien para distinguir su condición social inferior o criminal, por ejemplo, un esclavo o un traidor. Es un fenómeno que se produce cuando una persona posee de forma real, o a los ojos de los demás, algún atributo o característica que le proporciona una identidad social negativa o devaluada en un determinado contexto. En estos momentos, esta palabra es empleada básicamente para mostrar que ciertos diagnósticos despiertan prejuicios contra las personas así etiquetadas. El principal combustible del estigma es la desinformación, su mayor daño la desventaja social que es sin duda el mayor precio que se paga por la estigmatización de la esquizofrenia.

Es en el campo de la psiquiatría que el concepto de estigma sigue siendo importante para describir la persistencia casi universal de conceptos, actitudes y discriminación social imputados a las personas que sufren de trastornos mentales. La falta de comprensión de las enfermedades mentales y a la publicidad sensacionalista frente los episodios de violencia protagonizados por enfermos

mentales hacen aumentar el estigma.

Por otro lado, el prejuicio³ es la actitud que adquirimos negativa o positiva frente a algo o alguien, sin pensar si existe alguna razón que justifique este comportamiento.

La discriminación⁴ se define como ?un tratamiento no favorable basado en el prejuicio respecto a la raza, la edad, o el sexo?. Involucra una respuesta, o reacción. Es un comportamiento generalmente resultante del preconcepto, puede ser de exclusión, evasión, hostilidad y agresión. La discriminación que existe en relación a la esquizofrenia se muestra de diferentes maneras: falta de recursos económicos y asistenciales, modificación o falta de leyes, resistencia a dar trabajo a personas con esquizofrenia o impedimentos varios para que una persona con una enfermedad mental entre a formar parte de un grupo o categoría social. Lo más prioritario en este momento es disminuir la discriminación consiguiendo así, disminuir la estigmatización y el consiguiente prejuicio.

El objetivo principal debe ser permitir a las personas con esquizofrenia el acceso a tratamiento de calidad, la inclusión social, la recuperación de la ciudadanía y el derecho a una vida digna. (Características del Programa Open the doors).

Objetivos

Conocer el nivel de estigma de los estudiantes de enfermería en relación a la esquizofrenia.

Analizar la relación entre el estigma y las características sociodemográficas de los estudiantes de enfermería.

Material y métodos:

Diseño: Estudio transversal

El estudio se ha realizado en la Escuela Universitaria de Enfermería de San Joan de Déu, adscrita a la Universidad de Barcelona.

Población de estudio: Alumnos que están cursando primero y segundo de la diplomatura de Enfermería.

Fuentes de información: Se ha diseñado un cuestionario específico a partir de la opinión de expertos y de la información obtenida del cuestionario de Cohen y Struening (1963), validada por A. Ozamiz en 1980 llamada ?Opiniones sobre la enfermedad mental?. El cuestionario definitivo pretende valorar el grado de estigma en relación a la esquizofrenia. Es una escala tipo likert compuesta por 30 preguntas, valorados de 1 a 4. Siendo 1 ?Muy de acuerdo? y 4 ?muy en desacuerdo?.

Una puntuación alta (120) indicaría ausencia total y una puntuación baja (30) presencia total de estigma.

Cada pregunta también se recodificó nuevamente en otra variable distinta con dos categorías: 1 ?Presencia de estigma? y 2 ?Ausencia de estigma? dándole valor 1 a las respuestas ?muy de acuerdo o de acuerdo? y valor 2 a las respuestas ?Muy en desacuerdo o desacuerdo? .

Recogida de datos:

Para la cumplimentación de los cuestionarios se planifico a lo largo del curso un día para la pasación de los mismos.

A los alumnos que esos días asistieron a clase se les explico en que consistía el estudio y se les solicito su consentimiento para participar en el mismo.

Posteriormente cumplimentaron el cuestionario y lo depositaron en un sobre para garantizar su confidencialidad.

Análisis de datos:

Se ha realizado primero un análisis descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio.

Posteriormente 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

Resultados:

Han contestado 204 alumnos con una edad media de 22 años (DE de 6,2 años), siendo la edad mínima de 18 años y la máxima de 46 años. La mayoría (83,3%) han sido mujeres. Un 89,2% proceden de bachillerato y FP respecto licenciaturas u otras diplomaturas. Destacan los solteros (94,1%) frente a un grupo muy reducido de casados y separados. El 60,8% ha manifestado que no conoce a nadie que padezca esquizofrenia, el 96,1% refiere no haber padecido o haber estado diagnosticado de alguna enfermedad mental, y tan solo el 28,1% tiene algún familiar diagnosticado de enfermedad mental. Tan solo el 12,8% de los entrevistados reconoce haber sido influenciado por las noticias en prensa, televisión o radio. Ante la pregunta de si conocen el significado de la esquizofrenia, el 82,3% creen que sí, pero cuando se les pregunta sobre si es una enfermedad como otra cualquiera, se observa que contestan positivamente el 53,5%, el 3% creen que los enfermos esquizofrenicos son víctimas de brujería, chamanes o espiritistas, el 39,1% están convencidos de que es un problema de doble personalidad, el 29,6% adjudican como más propensos a sufrirla a los hombres y el 85,2% que es de por vida. El 94,6% están en contra de que un enfermo del corazón necesite mejor atención o cuidados que una persona con esquizofrenia, el 30,3% creen que tiene curación y el 85,7% afirman que existe tratamiento. El 11,8% creen que este tipo de pacientes proceden de familias desestructuradas, que el 5,4% son fruto de una madre o padre sobreprotector, el 16,7% creen que tanto la persona que sufre esquizofrenia como su familia son responsables de la enfermedad y el 23,6% de los encuestados creen que es resultado de un trauma infantil. El 16,7% refieren que el estrés es un factor desencadenante de la enfermedad, el 16,7% tienen la idea que estos enfermos son personas débiles, pero el 97,1% no hacen distinción ante el nivel cultural del enfermo esquizofrenico. Un 18,7% defienden que deben ingresar necesariamente en alguna institución, y tan solo el 3,4% cree que este tipo de ingreso en una institución mental es síntoma de fracaso en la vida, eso sí, el 71,3% reclaman más medidas de seguridad en los hospitales de salud mental ante un 9,4% que niega tener desprecio o rechazo hacia los esquizofrenicos. El 43,3% valoran a los esquizofrenicos incapaces ante la toma de decisiones sobre su vida misma, coincidiendo con la idea que tiene el 53% sobre la idea de que una persona con esquizofrenia puede cuidarse de sí misma. Llama la atención de que un 78,8% valoran que este tipo de enfermos son aptos para trabajar y que el 60,1% si fueran empresarios darían trabajo sin problemas a una persona con esquizofrenia. El 8,4% de los entrevistados les denegaría el derecho a voto, el 34,7% de los estudiantes piensan que los esquizofrenicos se dejan llevar por sus emociones sin pensar con antelación, el 44,3% están convencidos de que son imprevisibles y agresivos, mientras que un 68,5% aceptan la idea que los esquizofrenicos puedan formar una familia (pareja e hijos), pero el 64,4% no estarían dispuestos a mantener ninguna relación sentimental con una persona esquizofrenica. El 99,5% no están de acuerdo en que todo aquel suicida sea esquizofrenico.

En el análisis univariado no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ni con la edad, sexo, formación previa ni con el estado civil.

Respecto al turno se han encontrado diferencias casi significativas en el ($p=0,06$) sentido de que los alumnos del turno de mañana presentaban más estigma que los de la tarde.

Se han encontrado diferencias significativas en relación a si conocían previamente a alguna persona con esquizofrenia ($p<0,42$), en el sentido de que los que conocen a alguna persona presentan menor estigma que los que no conocen a nadie.

Sin embargo no hay diferencias cuando refieren tener algún familiar diagnosticado de alguna enfermedad mental.

Conclusiones:

Observamos que los alumnos de primer y segundo curso de enfermería tienen un gran desconocimiento real del problema y una imagen negativa respecto a la esquizofrenia.

Sería necesario hacer campañas a través de los diferentes medios de comunicación en los diferentes ámbitos de actuación (educacional, social, político,?).

Así mismo consideramos necesario que en la formación en Enfermería Psiquiátrica se eduque a los alumnos en aquellos elementos de la Ética que ayudarán a profundizar en las cuestiones de desconocimiento que nos dan los resultados de las encuestas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Abel, F. Bioética: orígenes, presente y futuro. Madrid: Ed. Mapfre; 2001. T.L. Beauchamp L.B. McCullough, Medical Ethics, New Jersey, 1984. Beauchamp T.L. y Childress J.F. Principios de Ética Biomédica. Barcelona: Ed.Masson. 1999. Berlin, I. Cuatro ensayos sobre la libertad. (7ª Ed.) Madrid: Ed. Alianza Editorial.2004. Bloch S. Chodoff P. Green S. La ética en Psiquiatría. Madrid: Ed. Tricastella; 2001. Busquets E.i Mir J. Infermeria i secret professional. Esplugues de Llobregat. iFem Bioètica, 2006. Bio 3 II 4793#4 Cortina A.10 palabras clave en Ética. Pamplona: Ed. Verbo Divino; 1994. Costas Lombardía , E. Confidencialidad y fichero de datos. Jano 1991; XLI (Octubre): 20 Dennet ,D. La libertad de acción. (2ª ed.) Barcelona: Ed. Gedisa. 2000. De Miguel Sánchez, Noelia. Tratamiento de datos personales en el ,ambito sanitario.: intimidad ?versus? interés público. Valencia : Tirant lo Blanc, 2004. Bio 23 II 263** França-Tarragó, O. Ética para psicólogos. Bilbao: Ed.Desclée de Brouwer, S.A.; 1996. François Boissier de Sauvages de la Crix. Nosologia Methodica sistens morborum classes juxta Sydenhami mentem et botanicorum ordinem, 5 vols. (Amsterdam : Fratunde Tournes, 7663) ; 2ª ed., 2 vols. (Amsterdam : Fratunde Tournes, 768), vol.2. Fromm E. El miedo a la libertad. Buenos Aires: Ed .Paidós. 1971. Gallego Riestra, S. i Bobes García J. Ultimas tendencias de la responsabilidad profesional médica con especial atención a la intimidad. Barcelona: Ars Medica,2006.Bio23 II 294 Gracia D. Fundamentación y enseñanza de la Bioética.:2ª ed. Bogotá, D.C.:Ed. El búho; 2000. Gracia D. Como arqueros al blanco.Estudios de bioética. Madrid, Tricastella, 2004. Gracia D. y Júdez J. Ética en la práctica clínica. Madrid: Ed. Tricastella. 2004. Kant I. Crítica de la razón pura. Madrid: Ed. Grupo Santillana; 1998. Lagrée J. El médico, el enfermo y el filósofo. Madrid: Ed..La esfera de los libros; 2005. Marías,J. Historia de la Filosofía. Madrid.Ed. Alianza. (1ª Ed. 1941).1998 Muñoz J. La bolsa de los valores. Materiales para una ética ciudadana. Barcelona: Ed. Ariel; 1998.

AUTORES/AUTHORS:

Fidel Jesús Corral Llana, M^a Ángeles González Fernández, M^a Dolores Vázquez Colinas, Carlos Fraile Caviedes, M^a Begoña Sánchez Gómez, Gonzalo Duarte Clíments, M^a Ángeles Guzmán Fernández

TÍTULO/TITLE:

¿ES EL CUESTIONARIO DE BARBER UN INSTRUMENTO ADECUADO PARA PREDECIR FRAGILIDAD EN EL ANCIANO?

La atención integral al anciano en las consultas de Atención Primaria requiere un instrumento válido y ágil que aporte información relevante para la detección de ancianos frágiles o de riesgo con el fin de establecer un plan de cuidados, acorde a las necesidades detectadas, que evite un deterioro mayor al propio del envejecimiento.

El utilizado actualmente es el Cuestionario de Barber¹ que también se aplica en la valoración de la dependencia.

Este trabajo forma parte la estrategia del Servicio Autonómico de Salud Castilla y León (Sacyl) para el desarrollo de un Banco de Evidencias en Cuidados.

OBJETIVO

Identificar evidencias sobre la validez del Cuestionario de Barber como instrumento de predicción de riesgo en personas mayores. Elaborar recomendaciones para la mejora de la cartera de servicios de SACyL.

METODO

Revisión sistemática de la literatura con protocolo explícito², revisión por pares y resolución de las discrepancias en el grupo. Se diseña la estrategia de búsqueda, restringida a publicaciones en castellano e inglés, que sigue la estructura Pacientes Intervención Comparador Objetivos (PICO/Sackett) por descriptores DECS y MeSH. en las bases de datos (BVS-Ibecs, Scielo, Cuiden, Joanna Briggs, Cochrane, Medline, INAHTA, y Guíasalud) y se completa mediante búsqueda referencial.

Los criterios para la inclusión de los estudios han sido: tema (envejecimiento-salud), método (ensayos clínicos, estudios de cohortes, de prueba diagnóstica y otros), aplicabilidad y año de publicación sin limitar.

El análisis y la lectura crítica se realizaron mediante el Critical Appraisal Skill Programme en español (CASPe)³ e Índice GRAQUoL 4 y la síntesis mediante Tabla de síntesis. El Nivel de evidencia (N) y el Grado de Recomendación (GR) son elaborados según la clasificación del Instituto Joanna Briggs.⁵

RESULTADOS

Se encuentran 1061 estudios. De ellos se seleccionan 60 y tras revisión crítica se seleccionan 6.

Los seis estudios seleccionados son: dos originales de J.H. Barber ^{6,1}, autor del Cuestionario, un estudio de cohortes⁸, el estudio de prueba diagnóstica ⁹ que realiza la adaptación a nuestro medio, una revisión sistemática ¹⁰ y un metanálisis¹¹.

De ellos se incluyen los cuatro primeros en para nuestra Revisión Sistemática y se utilizan la Revisión Sistemática y el Metanálisis, ambos de Stuck, como estudios antecedentes de base.

La síntesis de valoración del Cuestionario de Barber (CB) nos aporta diferentes resultados según quien sea el autor, la zona de aplicación (rural ó urbana) y según se defina el riesgo de fragilidad en el anciano:

En el estudio que desarrolla el Cuestionario¹ obtienen los siguientes resultados: Total muestra: 88, Sensibilidad: 95%, Especificidad: 68%, VP+= 91%, LR+= 2.96 y LR-= 0.07. Obtuvieron tres falsos negativos pero con bajo riesgo: pérdida de energía, dispepsia y dieta pobre por falta de dentadura. Hay que tener en cuenta que en el estudio la población ⁸; 75 años era de 31 pacientes. (CASPe:

8-9)

El estudio de prueba diagnóstica de Larizgoitia⁹ que realiza la adaptación a nuestro medio obtiene distintos resultados según la zona de aplicación (rural o urbana) y según el modo de administrar el cuestionario (por medio de un informante indirecto o autoadministrado):

- Aplicado en una zona rural y por medio de un informante indirecto los resultados fueron: Sensibilidad: 89%, Especificidad: 87%, VP+: 81%, VP-: 83%, Kappa: 75%, Total muestra: 57 (de 75 =41) (eliminaron del análisis el ítem 1). Realizaron un análisis de solo tres ítems (el 6, el 9 y el 2) y obtuvieron: Sensibilidad: 89%, Especificidad: 94%, VP+: 89%, VP-: 94% y Kappa: 83%.
- En una zona urbana y por test autoadministrado los resultados fueron: Sensibilidad: 89%, Especificidad: 31%, VP+: 49%, VP-: 79%, Kappa: 17%. Total muestra: 109 (de 75=61). (Eliminaron del análisis la dimensión social por un Kappa muy bajo). También analizaron tres ítems (el 6, el 3 y el 2) y sus resultados fueron: Sensibilidad: 82%, Especificidad: 63%, VP+: 54%, VP-: 86%, y Kappa: 40%.

Este estudio de adaptación a nuestro medio del cuestionario, según nuestro análisis, obtiene un GRAQUoL de 60%-66% y CASPe: 8-9.

El estudio de cohortes, Martín Lesende⁸ que analiza la utilidad del Cuestionario de Barber para seleccionar a personas de 75 años o más con riesgo de hospitalización, institucionalización o muerte, estudia una muestra de personas de 75 años o mayores, no institucionalizadas en residencias de larga estancia (criterio de exclusión), adscritas a un centro de salud urbano: 132 personas, 60 son varones (45,5%) y 72, mujeres (54,5%). El cuestionario de Barber define los expuestos y no expuestos de la cohorte: grupo sin riesgo (0 puntos, ninguna respuesta afirmativa) y grupo de riesgo (de 1 a 3 puntos, al menos una respuesta afirmativa). Variables de resultado son los eventos negativos de salud acontecidas al año de seguimiento: ingresos hospitalarios en planta, mortalidad e institucionalización en residencia.

Obtiene los siguientes resultados:

Cuestionario de Barber positivo 62,9% (intervalo de confianza [IC] del 95%, (54,5-71,3); el 72,3%, = 2 puntos. Sólo una respuesta afirmativa al ítem 2, y ninguna al 4. Barthel alterado, el 27,6% del total; Pfeiffer, el 19,4%. Asociación CB positivo-Barthel y Barthel-Pfeiffer alterados ($p < 0,0001$). Riesgo relativo (RR) = 2,1 (IC del 95%, 0,8-5,4) para hospitalización, y 2,3 (IC del 95%, 0,9-5,7) para los 3 eventos en conjunto, si el CB era positivo; 23,8 (IC del 95%, 3,0-182,9) y 37,2 (IC del 95%, 4,9-283,2) para mortalidad; 2,7 (IC del 95%, 1,3-5,6) y 2,5 (IC del 95%, 1,2-5,1) para hospitalización; 2,8 (IC del 95%, 1,4-5,7) y 2,5 (IC del 95%, 1,2-5,3) para los 3 eventos, si el índice de Barthel o el cuestionario de Pfeiffer estaban alterados, respectivamente. RR de eventos en conjunto = 2,6 (IC del 95%, 1,2-5,4) si el ítem 6 («problemas le impiden valerse autónomamente») es positivo, y 4,9 (IC del 95%, 2,4-10,0) si es el ítem 9 («hospitalización previa»); ambos ítems son las únicas variables que obtienen RR estadísticamente significativos en la regresión logística.

El valor predictivo positivo (VPP) del CB, considerando eventos acaecidos, es del 27,7%. Prevalencia Barber positivo: 62,9%. Sensibilidad 0,82. Especificidad 0,42. VPP: 27,7%. VP+: 89,8%. Solo el ítem 9: Sensibilidad 0,54. Especificidad 0,87. VPP: 53,6% y VP+: 87,5%. (CASPe: 7-8)

La revisión sistemática de Stuck¹⁰ propone sentar las bases para la elaboración, mejora y aplicación de estrategias para prevenir o retrasar la aparición de discapacidad en las personas de edad avanzada y estudian que factores de riesgo influyen en la disminución de la capacidad funcional o en la limitación de la función física.

Los factores de riesgo que se asocian a pérdida de funcionalidad son: ansiedad, depresión, consumo no moderado de alcohol, deterioro cognitivo, comorbilidad, historia de caídas previas, limitación funcional de extremidades inferiores, problemas de audición,

uso de medicamentos: insulina, diuréticos, tranquilizantes, IMC bajo/alto, pérdida de agudeza visual, autopercepción de salud pobre, bajo nivel de contacto social, deficiente soporte social, pobreza, edad > 80 años, falta de actividad física, hospitalización reciente y reingresos hospitalarios frecuentes. (CASPe: 8-9)

El metanálisis de Stuck¹¹ estudia 28 ensayos controlados que comprenden a 4959 sujetos asignados a uno de los cinco tipos de Valoración Geriátrica Integral (CGA) y 4912 controles. Calcularon las odds-ratios combinadas de los resultados importantes, poniendo en común los datos de los ensayos individuales con la regresión logística multivariante. (CASPe:10)

DISCUSIÓN

El estudio que realiza la adaptación a nuestro medio del Cuestionario de Barber, con su traducción, retrotraducción y pretest, da origen a la redacción de cada uno de los nueve ítems en español. Sorprende que en artículos posteriores se encuentren diferentes enunciados para los ítems sin haber constancia de una nueva validación. (Veasé Larizgoitia A, Larizgoitia I. Adaptación en nuestro medio de una encuesta para la detección de ancianos con riesgo de dependencia). Además hemos observado el intercambio en la numeración de los ítems 3 y 4 en alguna bibliografía y manuales de Cartera de Servicios, que puede llevar parejo algún error de interpretación si éstos se mencionan por su número.

Entendemos que el uso de este instrumento en nuestro contexto actual, distinto de aquél en el que se originó, y bajo la fórmula en que se administra puede tener limitaciones. Se originó en Glasgow hace 30 años, como un cuestionario postal autoadministrado. La asociación de la funcionalidad (Ítem 6) con los eventos adversos se perfila como una línea de investigación clave a desarrollar y profundizar.

Concluimos que:

El ítem 9 serviría para predecir la ausencia de eventos negativos ya que tiene un VPN de 87,5%.

Excluyendo los instrumentos de valoración no estructurados no se encuentra alternativa al cuestionario.

La capacidad del Cuestionario para medir el riesgo en el anciano depende del concepto de anciano de riesgo que se considere.

Puede ser un buen predictor para estimar el riesgo de dependencia a nivel comunitario en zonas urbanas pero no para detectar ancianos de riesgo a nivel individual.

En zonas rurales y comunidades pequeñas puede ser buen método para detectar dependencia física y social.

No parece útil en Atención Primaria para seleccionar a los ancianos con más riesgo de hospitalización, institucionalización o muerte.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA: Dada la mayoritaria utilización de este cuestionario y la trascendencia que tiene a la hora de determinar posibles ayudas y posteriores valoraciones y seguimientos de pacientes muy sensibles a un deterioro grave, debería considerarse la elaboración de un instrumento más fiable y sensible, basado en los factores de riesgo reseñados e incluyendo en él los ítems 6 y 9 del Cuestionario de Barber.

Esta valoración debe detectar los factores de riesgo subyacentes para prevenir o retrasar la aparición de la discapacidad.

Se enuncian estas Recomendaciones:

1. Realizar un seguimiento de la fragilidad en el anciano mejora la calidad de vida y disminuye la mortalidad. (N I ? GR A)
2. Es necesario elaborar un Cuestionario que subsane las deficiencias halladas en el Cuestionario de Barber así como un Plan de Necesidades acorde a las necesidades detectadas. (N II-GR B)
3. El instrumento utilizado debe incorporar un sistema de detección de los factores de riesgo definidos por Stuck: ansiedad,

depresión, consumo no moderado de alcohol, deterioro cognitivo, comorbilidad, historia de caídas previas, limitación funcional de extremidades inferiores, problemas de audición, uso de medicamentos: insulina, diuréticos, tranquilizantes, IMC bajo/alto, pérdida de agudeza visual, autopercepción de salud pobre, bajo nivel de contacto social, deficiente soporte social, pobreza, edad > 80 años, falta de actividad física, hospitalización reciente y reingresos hospitalarios frecuentes. (N I- GR B)

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Barber JH, et al. A postal screening questionnaire in preventive geriatric care. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, January 1980
2. Duarte-Clímets G, Sánchez-Gómez MB. 10 pasos para realizar una revisión sistemática. *Vayamos paso a paso. V Reunión internacional sobre Enfermería Basada en la Evidencia*. Granada, INDEX 2008. ISBN: 84-931966-8-1. Página 26
3. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. CASPe 2005; Disponible en: <http://www.redcaspe.org>. [Consultado 02/04/2008]
4. Badia X, Salamero M, Alonso J. *La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español*. Barcelona 1999. 2ª edición. Edimac.
5. The Joanna Briggs Institute. *Systematic Reviews-the review process. Level of evidence*. Accessed on-line 2006. Disponible en: <http://www.joannabriggs.edu.au> [Consultado 02/04/2008]
6. Barber JH. The benefits to an elderly population of continuing geriatric assessment. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1978, 28,428-433.
7. Barber JH, et al. Assessment of the elderly in general practice. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1976, 26, 106-114
8. Martín-Lesende I, et al. Utilidad del Cuestionario de Barber para seleccionar a personas de 75 años o más con riesgo de hospitalización, institucionalización o muerte. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2005;40(6):335-44
9. Larizgoitia A, Larizgoitia I. Adaptación en nuestro medio de una encuesta para la detección de ancianos con riesgo de dependencia. *Rev Gerontol* 1996;6:224-231
10. Stuck AE, et al. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Social Science & Medicine* 48(1999) 445-469
11. Stuck AE, Siu AL, Wieland D, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993; 342: 1032-1036.
12. Abaira V, Zamora J. Criterios de calidad de los estudios sobre pruebas diagnósticas. *FMC*. 2008,15(7):460-1
13. Sánchez P, Aguilar I, Fuentelsaz C, Moreno MT, Hidalgo R. Fiabilidad de los instrumentos de medición de la Salud. *Enferm Clin*. 2005,15(4): 227-36

AUTORES/AUTHORS:

MARTA GONZÁLEZ SÁNCHEZ, JOSE MANUEL IGLESIAS SANMARTÍN, LUIS DÍAZ, ELVIRA MUSLERA, CARMEN NATAL, DOLORES MARTÍN, ELENA BLAZQUEZ, LUISA GARCÍA, IGNACIO DONATE

TÍTULO/TITLE:

¿Cómo son las personas mayores que toman medicación en nuestro centro de salud? Características y cumplimiento terapéuti

INTRODUCCIÓN: el fenómeno del envejecimiento es un hecho de gran trascendencia social que está suscitando la atención a múltiples niveles -político, sociológico, sanitario y de investigación científica- por sus enormes consecuencias. El aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad modifican la estructura por edades de la población, lo que comporta un incremento en términos absolutos y relativos del grupo de personas mayores con disminución del grupo de menor edad(1), representando las personas mayores de 65 años en España el 17 % de la población total(2,3,4,5). En relación a la morbilidad, entre las personas ancianas, el 36 % padece más de 3 enfermedades crónicas, lo que se traduce, en general, en una polifarmacia, muy difícil de manejar y susceptible de numerosos errores y problemas relacionados con los medicamentos, aumentando los ingresos hospitalarios y estancias prolongadas; esto se asocia a un incremento del gasto sanitario (1,3,4). En ese mismo sentido las encuestas de salud estiman que manifiestan tener algún trastorno crónico el 88 % de las personas ancianas; estos trastornos son los responsables en España de una prevalencia de consumo de fármacos cercana al 65% (6). Por otro lado, si analizamos el gasto farmacéutico, más del 70 % de dicho gasto corresponde a esta población y la media de consumo de fármacos oscila entre 4,5-8 fármacos por persona y día (2,3,4,5). Ante situaciones de morbilidad crónica y de polifarmacia asociada, la adherencia al tratamiento es fundamental para el bienestar de las personas ancianas y es un componente importante de su salud(4).El incumplimiento terapéutico es especialmente frecuente cuando la persona enferma crónica se encuentra bien controlada, cuando se trata de ancianas y en aquellas que tienen prescritos varios tratamientos de forma crónica(7).Tenemos que tener en cuenta que la efectividad del tratamiento de una enfermedad depende de la eficacia del medicamento prescrito y el grado de cumplimiento del paciente. En muchos casos, el efecto deseado de un fármaco no se consigue debido a que éste no se utiliza correctamente (8). Cuando hablamos de cumplir un tratamiento prescrito debemos recordar que las personas toman decisiones sobre su medicación teniendo en cuenta factores personales relativos a sus creencias sobre la salud, sobre la percepción de la causa de su enfermedad o la manera que creen que deben hacerle frente, por lo tanto toman decisiones que hacen que el personal médico deba establecer una alianza para mejorar la efectividad de los tratamientos (9). Aunque las causas de esta falta de cumplimiento no siempre están claras, debido a la complejidad de los múltiples factores implicados, el registro y evaluación del grado de cumplimiento de la personas con medicación diaria y el posterior diseño de estrategias encaminadas a mejorarlo, debe constituir uno de los principales objetivos de los profesionales de la salud (10). La falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas, tanto clínicas como económicas, es un tema prioritario de salud pública (11).

JUSTIFICACIÓN: por lo comentado anteriormente, las personas mayores de 65 años constituyen un grupo de gran importancia desde la perspectiva de la terapéutica actual, tanto por la magnitud de la población que representan como por el volumen de fármacos que consumen (25-50 % de los fármacos prescritos) (3).En las personas ancianas, la no adherencia aumenta la probabilidad del fracaso terapéutico y es responsable de complicaciones innecesarias que suponen un aumento del gasto sanitario. El fenómeno del envejecimiento justifica los estudios de investigación dirigidos a conocer sus problemas de salud, cada vez más importantes para nuestro sistema sanitario y para nuestra sociedad. Teniendo en cuenta que el incumplimiento terapéutico en personas con enfermedades crónicas es especialmente frecuente cuando son ancianas, están bien controladas y tienen prescritos varios tratamientos de forma crónica, y que estas circunstancias son frecuentes en personas tratadas de forma ambulatoria, son necesarios estudios de investigación sobre el tema en los centros de salud para conocer la realidad de los problemas de salud de nuestra población anciana(7).Conocer las personas incumplidoras permite diseñar estrategias individuales para corregir y evitar sus

consecuencias. El desarrollo de estrategias para mejorar la adherencia es un proceso complejo que depende del tipo de tratamiento, de la enfermedad y de la persona, y está condicionado por las causas reales que la motivan. Las intervenciones deben ser multidimensionales y necesitan de recordatorios para mantener la efectividad (6,9). Los servicios de salud del futuro con éxito serán aquellos que presten atención a la búsqueda constante de información necesaria para orientar las prácticas, el establecimiento y mantenimiento de una cultura de mejora en la práctica cotidiana (12).

OBJETIVO: describir las características sociodemográficas, de utilización de los servicios sanitarios, de la adherencia, de las patologías y relacionadas con los tratamientos de las personas mayores de 64 años con medicación diaria que acuden a un centro de salud.

SUJETOS Y MÉTODO: El diseño de este trabajo de investigación corresponde a un estudio de tipo descriptivo transversal. Se considera población a estudio las personas mayores de 64 años con cartilla sanitaria en el Centro de Salud del Quirinal, zona básica de salud del Área III de Asturias, que acudieron al centro, para ser atendidas entre el 1 de enero y el 30 de mayo de 2008. Las personas participantes fueron seleccionadas de forma oportunista entre la población a estudio con tratamiento crónico, se consideró persona con tratamiento crónico aquellas con registro en su historia clínica informática de medicación diaria. Quien cumplía los criterios de inclusión se le proponía firmar el documento de consentimiento informado. El número seleccionado por día coincidió con la capacidad del equipo para realizar la entrevista, entre 1-2 pacientes. Se realizó un pilotaje del proyecto en los meses de noviembre y diciembre de 2007. Se consideró criterios de exclusión no poder responder cuestionarios, enfermedad cognitiva, enfermedad psiquiátrica grave y vivir en una institución cerrada. Se tomaron medidas para minimizar la tasa de no respuesta como solicitar a todo el personal del centro que informase a la población mayor de 64 años del estudio y de la importancia de su participación.

Variables de estudio: sociodemográficas (edad, sexo, lugar residencia, estudios, convivencia y estado civil), relacionadas con las ayudas humanas o materiales para recordar la medicación (personas y objetos), variables relacionadas con la causa del olvido (falta de memoria, miedo a los efectos secundarios, encontrarse bien, tomar mucha medicación, falta de tiempo, no tengo olvidos y enfermedad), pauta en la receta, relacionadas con la utilización de los servicios sanitarios (frecuencia de consulta de medicina, frecuencia de visita domiciliaria y ingresos hospitalarios), morbilidad y tratamientos prescritos (nº de medicamentos y nº de enfermedades crónicas), cumplimiento terapéutico (instrumento de medida utilizado el test de Morisky-Green)(13).

Fuente de datos: fueron recogidos mediante encuesta estructurada y cerrada por entrevistador entrenado para tal efecto y mediante revisión de la historia clínica informatizada. A las personas que por razones de tiempo no podían contestar, se les ofrecía otra cita en el centro de salud o visitarla en su domicilio el día que pudiesen atenderlos.

Análisis estadístico: Se obtuvieron las medias e intervalos de confianza para las variables cuantitativas, los porcentajes en las cualitativas. Para comparar medias se utilizó la t-Student y la Chi-cuadrado para conocer la asociación entre variables cualitativas.

RESULTADOS: parámetros sociodemográficos: se analizaron los cuestionarios y la historia clínica informatizada de 156 personas, 60% eran mujeres, la edad media de 74 años, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre la edad media de hombres 75,2 (DT 5,8) y de las mujeres 74.4 (DT 6,5). Estudios: refieren estudios primarios el 47% de la población participante, refieren saber leer y escribir el 25%, no sabían leer ni escribir el 6%, refieren estudios secundarios el 14%, universitarios 7%. Estado civil: 75% casadas, 25% viudas, 1,2% solteras. Residían en zona urbana el 92%. El 85% de las personas participantes convivían con algún familiar (la mitad con su pareja), el 15% vivían solas. Casi 3/4 partes de los casos no utilizan ayuda para recordar la medicación; el pastillero es utilizado por el 18,6% de las personas que utilizan ayuda para recordar la medicación. Las causas más frecuentes de olvido en el 14% de los casos fueron ¿falta de tiempo? y ¿falta de memoria? en el 13%. Referían ¿Me sientan mal? y ¿encontrarse bien en ese momento? en el 5,12% en cada uno de los casos. Consta pauta clara en la receta en el 81%. Enfermedades crónicas: media 3,3 (DT 1,5), no diferencias estadísticamente significativas por sexo. Más de 2/3 acudían al centro de salud 1 vez al mes y casi el 30% cada 2 o 3 meses. Ingresos hospitalarios: casi el 20% de las personas incluidas en el estudio habían estado ingresadas en 2007. Visitas domicilio: la mayoría de las personas no habían sido visitadas en el último año. Consumo medicamentos: media 4 (IC95: 3,65-4,35), no encontrando diferencias significativas por sexo.

Análisis de las pérdidas: del total de personas que cumplían los criterios de inclusión no participaron en el estudio el 6 % alegando todas ellas falta de tiempo o las prisas, aún cuando se les ofertaban otras fechas o lugares para la realización de la entrevista. El 60% de las que no quisieron participar eran mujeres. Cumplimiento: presentaban mal cumplimiento el 44,2% (IC95: 36,4-52,4). Para describir el perfil de persona no cumplidora se realizó una agrupación de alguna de las variables a estudio que facilitó el análisis estadístico, como: analfabetismo, leer y escribir por un lado y resto que tenían estudios por otro, haber tenido ingresos hospitalarios y no, utilizar pastilleros y no utilizar pastilleros, estado civil casado y no estarlo, frecuentar más de 10 veces al año el centro de salud y frecuentaciones menores de 10 veces. En el análisis bivalente se encuentra relación estadísticamente significativa relacionada con ser analfabeto o saber leer y escribir y el resto de estudios realizados ($p=0,03$).

DISCUSIÓN Y APLICACIÓN PRÁCTICA: el perfil de población con tratamiento diario en el centro de salud son mujeres, con edad media de 74 años, estudio primarios, casadas, residencia en zona urbana, viven en familia y no utilizan ayuda para recordar la medicación. La población no recibía visitas domiciliarias por parte del personal de salud, aunque las mujeres frecuentan más no toman más medicamentos que los hombres, ni el promedio de medicamentos que toman dichas mujeres es mayor que el promedio tomados por los hombres como sucede en otros estudios (13). La tasa de incumplimiento es ligeramente inferior que en otros estudios (13,14), la relación encontrada entre el incumplimiento y las dificultades con la lectura y la escritura concuerdan con otros estudios (13,15). La sobrerepresentación femenina encontrada coincide con otros estudios de frecuentación. (16,17). Este tipo de estudio es difícil de realizar, para elaborar un plan de cuidados personalizado que mejore el cumplimiento, se necesita tiempo, organizar la agenda, programar visitas domiciliarias, realizar entrevistas en profundidad, gran dedicación, capacidad y actitud de escucha. Aunque las mujeres no son más incumplidoras, como población más usuaria del centro de salud, debemos de planificar nuestras intervenciones para orientarlas a este grupo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1-Tratado de Geriatria para residentes. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Madrid:2006. Consultado 18/7/08. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/segg-tratado-01.pdf>.
- 2-Blasco Patiño F, Martínez López J, Villares P, Jiménez AI. El paciente anciano polimedcado: efectos sobre su salud y sobre el sistema sanitario. 2005.;29(6):152-160.
- 3-Fernández Lisón LC, Barón B, Vázquez B, Martínez T, Urendes JJ, Pujol E. Errores de medicación e incumplimiento terapéutico en ancianos polimedcados. Farm. Hosp. 2006;30:208-203.
- 4-Palop Larrea V., Martínez Mir I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2004;28 (5):113-120.
- 5-Envejecer en España. II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid; 2002: 15.
- 6-Larrión C., Martí C., Mareque M., Daimiel R., Luengo C. Incumplimiento terapéutico en los ancianos. Med. Clin. (Barc.) 1993;100:736-740.
- 7-García Pérez AM, Leiva Fernández F, Martos Crespo F, García Ruiz AJ, Prados Torres D, Sánchez de la Cuesta y Alarcón F. ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria?. Medicina de Familia (And), 2000;1 (1):13-19.
- 8-Aizpurua I, Armendáriz M., Etxebarria A et colb Mejorar el cumplimiento terapéutico: ¿es siempre mejor con una dosis diaria?. 2000. Consultado el 18/6/08. Disponible en <http://www.euskadi.net/sanidad>
- 9-West J, Logan RFA, Smith CJ, Hubbard RB. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. BMJ. 2004; 329:716-9 . Consultado el 5/5/08. Disponible en: http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-20738/es/contenidos/informacion/sinopsis_cevime/es_1225/sinopsis118.html#11
- 10-Basterra G. M. El cumplimiento terapéutico. Pharm Care Esp. 1999;1:97-106
- 11-Adherence to long-term therapies. Evidence for action. World Health Organization. 2003;1:28.
- 12-Evidence-Based Clinical Fellowship Program. Consultado el 18/6/08. Disponible en http://www.joannabriggs.edu.au/about/clin_fellow.php.
- 13- Tuesca-Molina R., Guallar-Castillón P, Banegas-Banegas JR, Graciano-Pérez A. Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en España. Gaceta Sanitaria. 2006;20 (3):220-227.
- 14-Villar-Álvarez F, Banegas JR, Rodríguez-artalejo F. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras. Madrid: ERGON; 2003.
- 15-Noor Q, ureshi N., Hatcher J, Chaturvedi N, Jafar T. Effect of general practitioner education on adherence to antihypertensive drugs: cluster randomised controlled trial. BMJ. 2007; 335 (7628):1030

16-Ortega MA, Roca G, Iglesias M, Jurado JM. Pacientes hiperfrecuentadores de un centro de atención primaria. Características sociodemográficas, clínicas y de utilización de los servicios sanitarios. *Aten Primaria*. 2004;33:78-85. 17-Kapur N, Hunt I, Lunt M, McBeth J, Creed F, Macfarlane G. Primary care consultation predictors in men and women: a cohort study. *Brit J Gen Pract*. 2005;55(511):108-13.

AUTORES/AUTHORS:

Cati Ferriol, Magda Bonet, Neus Ferrer, Lidia Güell, Josep Garre

TÍTULO/TITLE:

Prevalencia de fragilidades en mayores de 74 años

Introducción i objetivo: La fragilidad de las personas de edad avanzada corresponde a una situación de equilibrio inestable, aunque su estudio varía enormemente según la definición utilizada. Actualmente no existe un consenso universalmente aceptado sobre el significado y la utilización del concepto de fragilidad. El objetivo del presente trabajo fue determinar la prevalencia de fragilidad a partir de 5 definiciones operativas del término y su relación con el sexo y la edad.

Métodos: Estudio epidemiológico poblacional puerta a puerta de una muestra de los habitantes de 75 y más años del área de referencia del Área Básica de Salud de Anglès (Girona). Mediante el padrón municipal fue seleccionada una muestra representativa de los habitantes de 75 y más años. El protocolo de estudio incluyó una extensa valoración bio-psico-social mediante instrumentos estandarizados. Se utilizó el criterio clásico de puntuaciones iguales o superiores a 1 punto en la escala de Barber (EB) para definir fragilidad y se establecieron 4 definiciones operativas de fragilidad basadas en la acumulación de déficits y en ausencia de discapacidad o dependencia funcional: fragilidad física, mental, social y fragilidad combinada. El grado de discapacidad de los participantes se determinó mediante la escala World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS II). Se ajustaron modelos de regresión logística para cada subtipo de fragilidad para determinar su relación con la edad y el sexo.

Resultados: De los 1.245 habitantes seleccionados, 180 no cumplieron los criterios de inclusión y 190 rechazaron colaborar. La participación fue del 82% de los candidatos. La media de edad fue de 81,7 años (DE=4,8), el 58,2% fueron mujeres. Sobre la muestra de participantes sin discapacidad (puntuación WHODAS-II ≤ 6 puntos) (45,7%; n=400), la prevalencia de fragilidad según la EB fue de 43,0% (IC 95%=38,1-47,9), la prevalencia de fragilidad física fue del 17,3% (IC 95%=13,4-21,1), la de fragilidad mental fue de 22,8% (IC 95%=18,1-27,0), la de fragilidad social fue de 6,6% (IC 95%=4,2-9,3) y la prevalencia combinada fue del 38,8% (IC 95%=33,8-43,6). El sexo femenino se asoció con la fragilidad física (OR=2,1; IC 95%=1,2-3,7), la fragilidad social (OR=4,5; IC 95%=1,6-12,2) y la EB (OR=1,6; IC 95%=1,1-2,4) y el incremento de la edad se asoció con la fragilidad física (OR=1,1; IC 95%=1,01-1,2).

Conclusión: En personas de 75 y más años con independencia funcional se pueden identificar distintos subtipos de fragilidad. El subtipo más frecuente corresponde a la fragilidad mental que se caracteriza por deterioro cognitivo, sintomatología depresiva, baja autoestima y baja calidad de vida percibida. El sexo y la edad no se asocian a la fragilidad mental, pero el sexo femenino incrementa el riesgo de fragilidad física y social, y la edad avanzada incrementa el riesgo de fragilidad física. La identificación de personas en situación de fragilidad es el primer paso para establecer intervenciones sociosanitarias que prevengan el paso hacia la discapacidad y/o dependencia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

[1] Baztán JJ, Gonzalez-Montalvo JL, Solano JJ, Hornillos M. Atención sanitaria al anciano fragil: de la teoría a la evidencia científica. *Med Clin (Barc)* 2000;115:704-17 [2] Rodríguez-Estremera E, Corpas Covisa C, Pérez Suárez I, Magro A, López de la Llana MA, Costero A. Prevalencia de ancianos de riesgo en la ZBS rural de Budia. *Semergen* 2000;25:295-300 [3] Instituto Nacional de Estadísticas. Proyecciones de población calculadas a partir del Censo 2001. [4] Melis RJ, van Eijken MI, Borm GF, Wensing M, Adang E, van de Lisdonk EH et al. The design of the Dutch EASYcare study: a randomised controlled trial on the effectiveness of a problem-based community intervention model for frail elderly people. *BMC Health Serv Res* 2005;5:65. [5] Spinoza, Sara E, Fried, Linda P. Risk factors for frailty in the older adult / Factores de riesgo de fragilidad en adultos mayores. *Clinical Geriatrics* 2007, 15 (6): 37-44. Fecha de publicación: 01/06/2007. [6] Markle-Reid M, Browne G. Conceptualizations of frailty in relation to older adults, *J Adv*

Nurs 2003;44:58-68

Mesa de comunicaciones 7: Docencia / Profesión**Concurrent session 7: Nursing education / Nursing profession****AUTORES/AUTHORS:**

Tinne Dilles, Maja Lopez Hartmann, Lucas Van Bortel, Robert Vander Stichele, Monique Elseviers

TÍTULO/TITLE:

nursing students pharmacological knowledge and calculation skills

OBJECTIVES

Medication care is a main task of nurses. To prevent medication errors, nurses need pharmacological knowledge and skills. A nursing certificate should guarantee that the student has obtained those competences.

The goal of this study was to evaluate nursing students' pharmacological knowledge and calculation skills before graduation and to assess their feeling of readiness to deliver safe medication care in practice.

METHODS

All Flemish schools with a nursing department, either a bachelors' (N=18) or a diploma degree (N=20), were asked to let their graduating students participate in a cross-sectional survey. Depending on the preferences of the school, students completed the survey on paper or online. All data were collected in February or March 2009. Students were asked to fill in some personal characteristics, to judge 25 statements on pharmacology, to solve 5 medication calculation questions and to score their feeling of readiness to deliver safe medication care in practice on a 10 point scale. The test was developed by a registered bachelor nurse and a registered master nurse and evaluated by a clinical pharmacist, a statistical expert experienced in nursing research and a medical doctor and pharmacologist. Using SPSS 15.0, differences in discontinuous variables were defined by Chi square tests and continuous data were analyzed with non-parametric statistics (Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, Spearman rank). A p-value <0.05 was considered significant. Students results were anonymously collected and analyzed.

RESULTS

Participation levels were 16 schools for bachelor students and 9 schools for diploma students, with an average student response rate of 45% [24%-100%] per school, resulting in 404 bachelor students and 209 diploma students who completed the survey.

The mean score on the calculation test as well as on the pharmacological statements was 54%. When limiting the statements to those seven who were in the core of nurses responsibility, the mean score was 59%.

More bachelors than diploma nurses succeeded in the knowledge test (Odds ratio 0.88 (CI95% 1.29 ? 2.73)). Compared to the diploma students, two times as many bachelor students passed the calculation test (Odds ratio 2.16 (CI95% 1.50- 3.12)). On a scale ranging from 1 to 10 for the readiness to deliver safe medication care in practice, students gave themselves an average score of 6.4.

DISCUSSION AND IMPLICATIONS

Only a short time before graduation, nursing students' pharmacological knowledge and calculation skills were rather limited. The mistakes in the knowledge test and the calculations could lead to major mistakes in practice, putting patients at risk. Also students themselves were not convinced to be able to deliver safe medication care in practice.

Pharmacological education for nurses should be focused on the expected competences of nurses in practice and make sure students have these competences when graduating in order to improve patient safety. Within this context, an evaluation of the educational content and strategies might be advisable in some schools.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

-

AUTORES/AUTHORS:

Camille Cronin

TÍTULO/TITLE:

Exploration of learning environments in healthcare settings

1. Objectives:

1. To observe the learning context where everyday face-to-face interactions of students take place in health care settings (hospitals, nursing homes, nurseries). 2. To examine critical learning incidents. 3. To understand the different experiences and learning in the workplace.

2. Method:

Many universities and colleges integrate student classroom learning with interaction in the practice area. Educators recognise the importance of this experience. However on courses that contain both these elements they tend to remain sharply divided. The literature examined to date suggests a rather broad and mixed review of theoretical explanations of learning both in the classroom and areas of practice.

Longitudinal research conducted over a two year period using case study design was used to explore 5 students on work placements whilst on a two year healthcare programme. As part of their vocational practice, learning environments (hospitals, nursing homes, nurseries) were observed. Through interviews critical learning incidents have been examined as well as students' learning journals and course materials.

The grounded theory technique was used to inform the analytical process. According to Corbin and Strauss (1990:12) this means 'theory is derived from data, systematically gathered and analysed through the research process'. This is a rigorous technique that involves a systematic examination of the data to identify phenomena that are labelled as categories.

3. Results

The findings suggest that 16-18 year old learners do progress at a steady pace in their different learning environments. In the two years students adapt eventually leading to a transformation through their learning. After an initial settling period of being 'accepted' by staff and client(s), anxieties lift and confidence grows (in stages depending on the individual, the learning environment and what resources exist).

4. Discussion

Learning takes place through a series of routine tasks. Once perfected, the task can become more complex making a daunting or elating experience for the learner. The experience of completing the task becomes more complex than the task itself. With each task, if the individual makes time to reflect, reveals the complex nature of each skill and what the learner has learnt, achieved or needs to develop further.

What and how much the learner achieves and the transportation of these skills depend very much on the learner's willingness to learn and their willingness to engage in each new environment.

In terms of implications for practice as a vocational discipline, fundamentally what goes on in the workplace has a profound effect on

learning, learning in the classroom, learning in the workplace, continuous professional development and how each practitioner evolves, and this cycle can go on again and again. The socioeconomic world has a dynamic effect on healthcare. As a workforce, the experiences we bring in, and those initial experiences on our learning journey: do they inevitably affect the stability of a workforce, the growth of a workforce and the state of a profession?

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Charmaz, K. (2006) Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis. London: Sage. Corbin J M, Strauss A L (1990) Grounded Theory Research: Procedures, Canons and Evaluative Research, Sage: Newbury Park. Lave J, Wenger E (2003) Situated Learning: Legitimate peripheral participation. Cambridge: Cambridge University Press. Loftland J, Snow D, Anderson L, Loftland L,H (2006) Analysing Social Settings. A guide to Qualitative Observation and Analysis. 4th Edition, Belmont, USA: Wadsworth/Thomson Learning. Schön D A (1983) The Reflective Practitioner, London: Temple Smith. Strauss A, Corbin J (1998) Basics of Qualitative Research. Second Edition. London: Sage. Yin R, K (2003b) Applications of Case study Research. 2nd Edition London: Sage Publications. Yin R, K (2009) Case Study Research: Design and Methods. 4th Edition London: Sage Publications.

AUTORES/AUTHORS:

Olaf Timmermans

TÍTULO/TITLE:

Evidence Based Education Readiness of lecturers in Bachelor of Nursing Schools

Background

The improvement of quality in nursing educational policy and practice is an important issue in nursing education. Teaching interventions are critically questioned to achieve a better quality. This process seems to be a part of a wider movement in 'evidence-informed policy-making' espoused by the current Governments in Europe. The Dutch Advisory Council for Education (2006) proposed to base the educational interventions more on research, leading towards Evidence Based Education (EBE). The importance for EBE seems clear, unclear however is the readiness of Bachelor of Nursing Schools towards the implementation of EBE, and which factors influence this readiness.

Objectives

The aim of this study is to explore the Readiness for Evidence Based Education in Bachelor in Nursing School in The Netherlands. Specific objectives are to identify relationships between the intensity of team based learning activities of the lecturers in Bachelor of Nursing schools, the learning environment, the context of the team and the readiness for working with EBE.

Methods

A cross sectional survey design was conducted to gather self-reports of lecturers (n = 220) in Bachelor of Nursing Schools in The Netherlands. Respondents were distributed a questionnaire pack covering the concepts; attribute variables, organizational readiness for evidence based education, intensity of team-based learning activities, organizational learning climate and team-context.

Findings

Analyses showed a low score of the Nursing Schools on Readiness for Evidence Based Education (mean 41%), and moderate scores on team based learning (51%) and learning climate (58%). Differences in scores of the Bachelor of Nursing Schools existed on the variables team-based learning, organizational learning climate and organizational readiness for Evidence Based Education. Team based learning related with learning climate ($r = .743$; $p < .010$) and EBE readiness ($r = .704$; $p < .010$). Regression shows that team based learning, learning climate and development oriented context explained 54% of readiness based education.

Discussion & implications clinical practice

Sufficient literature exists about implementing evidence Based Practice, but the literature about implementing Evidence Based Education in Bachelor of Nursing schools is limited. Literature show a wide variety in implementation strategies, with different effects in different settings.

The findings of this study underline the assumption that higher intensity of team-based learning, a positive learning climate and an developmental oriented context facilitates the implementation of Evidence Based Education in Bachelor of Nursing Schools. For clinical practice it seems important to structure learning activities in the implementation of Evidence Based Education towards team-based learning.

It seems important to structure learning activities in the implementation of Evidence Based Education towards team-based learning. Also it's important to provide a positive learning climate on the specific organizational units.

Findings

Analyses showed a low score of the Nursing Schools on Readiness for Evidence Based Education (mean 41%), and moderate scores on team based learning intensity (51%) and learning climate (58%). Differences in scores of the Bachelor of Nursing Schools existed on the variables team-based learning, organizational learning climate and organizational readiness for Evidence Based Education. Team based learning related with learning climate ($r = .743$; $p < .010$) and EBE readiness ($r = .704$; $p < .010$). Regression shows that team based learning, learning climate and development oriented context explained 64% of readiness based education.

Discussion & implications clinical practice

Sufficient literature exists about implementing evidence Based Practice, but the literature about implementing Evidence Based Education in Bachelor of Nursing schools is limited. Literature show a wide variety in implementation strategies, with different effects in different settings.

The findings of this study underline the assumption that higher intensity of team-based learning, a positive learning climate and an developmental oriented context facilitates the implementation of Evidence Based Education in Bachelor of Nursing Schools. For clinical practice it seems important to structure learning activities in the implementation of Evidence Based Education towards team-based learning.

It seems important to structure learning activities in the implementation of Evidence Based Education towards team-based learning. Also it's important to provide a positive learning climate on the specific organizational units.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

References Cox, K., et al. (2004) Evidence-Based Practice for Nurses: Methods and Implementation, Utrecht: Lemma Edmondson, A.C., Bohmer, R.M., & Pisano, G.P. (2001). Disrupted Routines: Team Learning and New Technology Implementation in Hospitals. *Administrative Science Quarterly*, 46(4), 685-716. Fisher M, King J, & Tague G (2001). Development of a self-directed learning readiness scale for nursing education. *Nurse Education Today* 21, 516-525. Hermens, A. (2005) From Evidence-Based Practice towards Evidence-based Education, development of a questionnaire, Utrecht, Utrecht University Offenbeek, M. (2001). Processes and Outcomes of Team Learning. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10(3) Onderwijsraad (2006) Towards more Evidence based Education, Onderwijsraad, Den Haag. Pravikoff, D.S., Pierce S. & Tanner A. (2003) Are Nurses Ready for Evidence-Based Practice? A study suggests that greater support is needed. *American Journal of Nursing*, 103(5): p. 95-96. Shaw B, Cheater F, Baker R, Gillies C, Hearnshaw H, Flottorp S, Robertson N. (2005) Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Van Linge, R. (2006) Innovation in health care, Utrecht, reed bussiness information Van den Bossche, P. (2006) Minds in Teams, Datawyse, Maastricht Van der Kruk-Kamstra, T.(2002) The Context of Evidence Based Practice; development of a questionnaire to determine the suitability of the context for implementation of Evidence Based Practice, Utrecht University, Utrecht

Mesa de comunicaciones 8: Cuidados en niños, adolescentes y jóvenes**Concurrent session 8: Infant, adolescent and young care****AUTORES/AUTHORS:**

CARMEN ISASI FERNÁNDEZ, SALVADOR PITA FERNÁNDEZ, MONTSERRAT MIGUEZ BERNÁRDEZ, JULIA DE LA MONTAÑA MIGUELEZ

TÍTULO/TITLE:

La percepción de la imagen corporal en alumnos universitarios de ciencias de la salud

Objetivos:

Describir la percepción de la imagen corporal (percepción subjetiva, insatisfacción corporal y obsesión por adelgazar) de alumnos universitarios de ciencias de la salud

Material y métodos:

Ámbito: Universidad de A Coruña. Curso-2008

Estudio de prevalencia (n=288)

Criterios de inclusión: alumnos de podología, enfermería y fisioterapia que aceptaron participar

Mediciones: edad, sexo, curso, peso, talla, Índice de masa corporal (IMC), perímetro de cintura, perímetro de cadera, Índice cintura/cadera, porcentaje de grasa corporal, peso subjetivo y cuestionario validado para la evaluación de los trastornos relacionados con la conducta alimentaria (insatisfacción corporal (EDI-IC) y la obsesión por adelgazar (EDI-O))

Análisis estadístico: estudio descriptivo y regresión logística

Resultados:

Predominio de sexo femenino (79.2%), según el IMC el 70.8% tienen peso normal, 23.3% sobrepeso y 4.5% obesidad. Un 52.1% considera que tiene peso de más. Esta opinión se encuentra asociada significativamente con el sexo. Las mujeres consideran que tienen kgrs. de más, con mayor frecuencia que los hombres (54.8% vs. 41.7%).

Existen diferencias estadísticamente significativas entre el IMC entre hombres y mujeres (25.1 vs. 23.1). El 10% de los hombres tienen un IMC ≥ 30 (obesidad) en comparación con el 3.1% de las mujeres, la misma tendencia se objetiva con el sobrepeso (35.0% vs. 20.2%). No existe correlación significativa entre el IMC y la edad de los alumnos (Rho de Spearman = -0.018; p = 0.75). El índice cintura/cadera es estadísticamente mayor en los hombres que en las mujeres (0.84 vs. 0.76). El porcentaje de grasa corporal es significativamente más elevado en las mujeres que en los hombres (26.4 vs. 18.0).

Existe diferencia estadísticamente significativa entre la puntuación obtenida por las mujeres y los hombres en la subescala de la Insatisfacción Corporal (EDI-IC). Las mujeres tienen más puntuación que los hombres (7.5 vs. 3.9) (p = 0.000) (Figura 16). Lo mismo sucede con la puntuación de la subescala de Obsesión por Adelgazar (EDI-O). Las mujeres presentan significativamente puntuaciones más elevadas que la de los hombres (4.9 vs. 2.3) (p = 0.000). Las variables con un efecto independiente para predecir insatisfacción corporal son el IMC (OR = 1.22) y el sexo femenino (OR = 5.46), estando la edad en el límite de la significación estadística (p = 0.088). Las variables con un efecto independiente para predecir insatisfacción corporal son la edad (OR = 0.93), el IMC (OR = 1.17) y el sexo femenino (OR = 2.9)

Discusión:

Tanto la insatisfacción corporal como la obsesión por adelgazar son significativamente mayores en las mujeres que en los hombres. A su vez se muestra que tanto la insatisfacción como la obsesión por adelgazar disminuyen con la edad.

Implicaciones para la práctica:

Conocer cuál es la percepción de la imagen corporal nos permite objetivar grupos de riesgo para la puesta en marcha de programas de prevención e intervención.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Cruz, S., Maganto, C. Índice de masa corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescente?. Rev. de

Psicol. Gral. y Aplic. 2002, 55 (3): 455-473. Farré, R., Frasset, I., Martínez, M.I. Datos antropométricos de población universitaria valenciana. Alimentación, Nutrición y Salud 1997, 4(1):22-28. Lameiras, M., Calado, M., Rodríguez, Y., Fernández, M. Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. Int. J. Clin. Health Psychol 2003; 3(1): 23-33. Martínez-San Román, M., Arroyo, E., Salcés I., Muñoz-Cachón, M.J., Rebato, E., Ansotegui, L., Rocandio, A.M. Estudio comparativo del estado nutricional de dos muestras de jóvenes adultos. Antropo 2005; 10: 19-27. Universidad del País Vasco. www.didac.ehu.es/antropo. Montero, A., Úbeda, N., García, A. Evaluación de los hábitos alimentarios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales. Nutrición Hospitalaria 2006, 21(4): 466-473. Oliveiras, M.J., Guindo, N.P., Agudo, A.E., Martínez, M.F., López, G.H. y López, M. Evaluación nutricional de una población universitaria. Nutrición Hospitalaria 2006; 21(2): 179-183. Wardle, J., Haase, A.M., Steptoe, A. Body image and weight control in young adults: international comparisons in university students from 22 countries. Int J Obes 2006; 30: 644-651.

AUTORES/AUTHORS:

Cristina Gavira Fernández, Cristina O'Ferrall González, José Manuel Romero Sánchez, Yolanda Sánchez Padilla, María Luisa Damas Acedo del Olmo

TÍTULO/TITLE:

CRIBAJE DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES COMO INSTRUMENTO PARA DISEÑAR INTERVENCIONES PREVENTIVAS DE ENFERMERÍA

1. Introducción

En la actualidad es prioritario desarrollar programas que mejoren la calidad de vida de las personas y detecten y modifiquen hábitos de vida no saludables o perjudiciales para su salud. Dentro de las funciones de enfermería, estos aspectos preventivos y de promoción de la salud de la población están adquiriendo cada vez mayor importancia. En los trastornos adictivos, está muy claro el papel fundamental de enfermería en el tabaquismo, siendo responsables estos profesionales de los programas de deshabituación tabáquica ofertados desde atención primaria. Pero en el resto de las drogodependencias, el personal de enfermería no tiene una actuación tan clara. Quizás porque tampoco desde las autoridades políticas se hace hincapié en su detección e intervención precoz en la población general, sino que se relegan todavía a los servicios especializados.

Los trastornos derivados del consumo de alcohol son un problema de salud pública de primera magnitud. Tienen una trascendencia sanitaria, social y económica enorme, mayor que la producida por el consumo de todas las demás drogas juntas. El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en España y Andalucía (1) En Andalucía, el 82.7% de los encuestados de 12 a 64 años afirma haber consumido alcohol (1). La edad media de inicio es 16.6 años, consumiendo más alcohol los hombres (80.4%) que las mujeres (37.6) (2).

Entre los jóvenes el consumo de alcohol posee unas características peculiares: se localiza en ámbitos públicos o lugares de diversión, se concentra en fin de semana y se centra en la cerveza y combinados como bebidas preferentes. (3). Este patrón de consumo intermitente de alcohol (binge drinking) consolidado entre los adolescentes, produce un gran impacto en el cerebro en maduración (1), pero curiosamente, hace que los jóvenes, sus familias y la sociedad, al consumir sólo los fines de semana, no tengan percepción de riesgo. El consumo de alcohol pasa a ser un componente esencial del tiempo de ocio de los jóvenes existiendo una gran permisividad a nivel social al respecto (aparición del fenómeno del botellón, el problema de venta a menores?). (4, 5, 6) Numerosas investigaciones avalan la eficacia de la detección precoz e intervención breve para reducir el consumo de alcohol dentro de unos límites aceptables para la salud de la población (7). La mayoría de ellas están realizadas desde atención primaria y por médicos, pero algunas, escasas todavía han avalado la eficacia de dichas intervenciones cuando son llevadas a cabo por personal de Enfermería (8).

Por todo ello, decidimos realizar un estudio sobre prevención secundaria de consumo de alcohol en adolescentes desde la Escuela Universitaria de Enfermería de Algeciras. En el marco de la IV Semana de divulgación de la Ciencia y la Tecnología 2008, la Escuela organizó unas jornadas de puertas abiertas a las que asistieron alumnos de Bachillerato y de Ciclos Formativos Superiores. En ellas, se realizaron una serie de talleres teórico-prácticos, entre los que se encontraba uno de prevención en drogodependencias. En el mismo realizamos un estudio sobre la prevalencia del consumo de alcohol y los problemas derivados en los estudiantes, y analizamos sus patrones de consumo.

2. Objetivos

1. Conocer la prevalencia de consumo de alcohol de la muestra.
2. Analizar el patrón de consumo.
3. Detectar los participantes con consumo de riesgo o perjudicial.

3. Método.

Ámbito del estudio: Taller de prevención de drogodependencias.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

VARIABLES: Sociodemográficas: Edad, sexo. Consumo de alcohol: Edad de inicio, patrón consumo semanal, frecuencia, cantidad, consumo de riesgo o perjudicial.

Sujetos participantes: Población y muestra: Alumnos de Bachillerato y Ciclos Formativos de Ciencias de la Salud que acudieron al taller de prevención de drogodependencias en la IV Semana de divulgación de la Ciencia y la Tecnología 2008 de la E.U. Enfermería de Algeciras. Estudio poblacional exhaustivo de toda la población objeto de estudio.

Instrumentos:

AUDIT (Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol) (9): Cuestionario desarrollado por la OMS para identificar personas con un patrón de consumo de riesgo o perjudicial. Sensibilidad 80% Especificidad 90%. Validado en diferentes estudios en España (10). Comprende 10 preguntas divididas en 3 dominios conceptuales: Consumo reciente, síntomas de dependencia y consumo perjudicial de alcohol. Los puntos de corte recomendados en España son más de 8 para varones y de 6 para mujeres.

Autorregistro semanal de UBEs: Cuantifica las Unidades de Bebida Estándar que refiere consumir el encuestado en una semana tipo, clasificándolas por días y franjas horarias. La Unidad de Bebida Estándar (UBE) (10) es una forma práctica, rápida y ampliamente aceptada de recoger los gramos de alcohol consumidos y precisa únicamente una tabla de equivalencias con la cantidad y tipo de bebida alcohólica. Ya que el consumo de alcohol varía significativamente según el día de la semana es importante, además del registro de la cantidad de alcohol consumido, registrar la frecuencia de consumo a lo largo de una semana estándar. En España una UBE equivale a 10 gramos de alcohol puro, en otros países varía entre 8-12 gramos. Es un modelo cuantitativo para la construcción de la historia natural del consumo de bebidas alcohólicas, en el cual, se considera consumo prudencial de alcohol según la OMS aquel que no sobrepase las 21 UBE semanales en el hombre y las 14 en la mujer (11). Del mismo modo, se considera bebida de riesgo beber más de 5 UBEs en un solo día (binge drinking) (10, 11).

La O.M.S. recomienda la exploración sistemática del consumo de alcohol a toda persona mayor de 14 años sin límite superior de edad, realizando esta exploración como mínimo cada 2 años (10, 11). Para dicha exploración debe utilizarse una medida de cantidad/frecuencia de consumo de alcohol (UBE) y un cuestionario validado de detección precoz de problemas derivados del consumo de alcohol (AUDIT)

La administración de cuestionarios y las sesiones de los grupos se realizaron durante los talleres. La duración era de 1 hora. Primero se formaban grupos de 4 ó 5 alumnos para debatir sobre una situación típica de problemas de consumo de alcohol en una adolescente. Después se pedía que rellenaran de forma anónima y voluntaria los cuestionarios. Por último se daban pautas de beber controlado. Se obtuvo por parte de los tutores de los centros de secundaria la autorización para realizar el estudio.

Participamos 4 personas en la realización de los talleres (un profesor, un profesional de enfermería y dos alumnas de 3º). Las alumnas fueron adiestradas sobre aspectos conceptuales relacionados con las adicciones, antecedentes y objetivos del proyecto y el manejo del cuestionario e instrucciones de aplicación.

Análisis de datos: Análisis estadístico descriptivo realizado con el programa SPSS versión 14.0

4. Resultados:

La muestra quedó constituida por 158 estudiantes, el 57,6% mujeres y el 38,6% hombres. Las edades están comprendidas entre los 14 y los 22 años.

La edad media de inicio en el consumo de alcohol es de 14.77 años, siendo muy similar en hombres (14.63) y mujeres (14.87).

Consumen el 83% de la muestra en la actualidad, 131, 51 hombres y 80 mujeres, fundamentalmente el fin de semana, de viernes a domingo.

El patrón de consumo de alcohol semanal medido en UBEs, ofrece una distribución especialmente concentrada en los fines de semana (de viernes a domingo) con valores significativamente superiores en los hombres. Al inicio de la semana (de lunes a miércoles) las ingestas son mínimas con un promedio de 0,08 UBEs/día, para alcanzar promedios de 2.28 UBEs/día los viernes y 4.29 UBEs los sábados los fines de semana.

El valor de las ingestas medias semanales en los encuestados se sitúa en torno a los 9,45 UBEs en los hombres y valores significativamente inferiores en las mujeres (5,81 UBEs/semana).

Los episodios de binge drinking entre los encuestados son muy frecuentes el fin de semana, el 20.89% de los que beben el viernes y el 43.67% el sábado y el 1.89% el domingo lo hacen de esta forma. Entre semana no se producen estos episodios.

Los alumnos con consumo perjudicial son aquellos que sobrepasan las 17 UBEs en caso de mujeres y las 28 en caso de hombres.

El 7.46% de los consumidores de alcohol son consumidores de esta categoría, con mayor prevalencia en el grupo de las mujeres.

Un 23,4% de la muestra tiene problemas de consumo de alcohol, según el AUDIT con valores similares en varones y mujeres.

Discusión:

El consumo de alcohol es generalizado en la muestra, reflejando valores similares a estudios andaluces y nacionales (4,5). La edad de inicio es menor que en dichas investigaciones. Se comprueba un consumo abusivo concentrado en el fin de semana, confirmando (4,6) el cambio del patrón mediterráneo al anglosajón, más problemático para la salud (7). El binge drinking se produce en el 43.67% de la muestra los sábados, llamativamente superior a los datos de estudios andaluces en los que se produce en un 18%

Una cuarta parte de la muestra tiene problemas derivados del consumo de alcohol según los resultados del AUDIT, en distintos grados, y no son conscientes de ello, ni los propios alumnos, ni sus profesores, ni sus familiares, ni la sociedad.

Es importante resaltar que estamos hablando de adolescentes, con consumos muy por encima de lo recomendado para adultos, cuando lo recomendable a estas edades es no consumir nada.

Realizamos intervenciones breves (10,11) respecto al consumo de alcohol durante el taller incluyendo: educación sobre el alcohol para toda la muestra y consejo simple(10,11) para reducir el consumo dentro de límites saludables para aquellos alumnos con AUDIT positivo. Dichas intervenciones se realizaron en grupos de 4 ó 5 alumnos y forman parte de un estudio cualitativo pendiente de publicación.

Como conclusión final, es importante destacar que deben ponerse en práctica medidas preventivas eficaces, entre las que destacan las medidas políticas (control venta menores, botellón?), pero como sanitarios solo podemos actuar a otro nivel. Existen instrumentos de detección precoz de problemas derivados del consumo de alcohol, útiles y fáciles de aplicar. Para ello, es necesario formar a los jóvenes en el consumo de alcohol de forma responsable, en habilidades sociales para combatir la presión de grupo y en estrategias de ocio y tiempo libre incompatibles con el consumo de sustancias. Del mismo modo debe ser un objetivo prioritario entrenar a los futuros profesionales en intervenciones sobre los problemas derivados del consumo de alcohol, ya que la promoción de la salud es una de las funciones fundamentales de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Dirección general para las drogodependencias y adicciones de Andalucía. La población andaluza ante las drogas X. Consejería para la igualdad y el bienestar social. 2007
2. Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe sobre la encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 2007/08. Ministerio de sanidad y consumo. Octubre, 2008.
3. Gómez-Fraguela JA, Fernández Pérez N, Romero Triñares E, Luengo Martín A. El botellón y el consumo de alcohol y otras drogas en la juventud. *Psicothema* 2008; 20 (2) 211-217.
4. OCU. Se vende alcohol a menores. OCU-Salud Abr/May 2009, nº 083
5. Jiménez-Muro Franco, A, Beamonte San Agustín A.; Marqueta Baile, A; Gargallo Valero, P., Nerin de la Puerta I: Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones* 2009, vol.21 nº1, pags 21-28
6. Cortés Tomás MT, Espejo Tort B, Giménez Costa JA. Características que definen el fenómeno del botellón en universitarios y adolescentes. *Adicciones* 2007; 19 (4):

357-372. 7. Boyd CJ, McCabe SE, Morales M: Collage students? alcohol use: a critical review. *Ann Rev Nurs Res* 2005; 23 179-211
8. Lane J, Emproude Km, Conigrave KM, Boer JP, Haber PS. Nurse-provided screening and brief interventions for risky alcohol consumption by sexual health clinic. *Sex Transm Inf* 2008 84;524-527
9. Babor, TF, Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., Monteiro, M.G. audit.. Cuestionario de identificación de los Tr5anstornos debidos al consume de alcohol. Pautas para su utilización en atención Primaria. OMS. Departamento de Salud mental y dependencia de sustancias. WHO/MSD/MSB/ 01.6ª. 2001. 10. Martínez Delgado, JM. (2004) Prácticas clínicas basadas en la evidencia para el tratamiento de los problemas derivados del consumo de bebidas alcohólicas en Atención Primaria de Salud. CTA, Servicio Provincial de Drogodependencias, Diputación de Cádiz. 2004. 11. Rodríguez Martos A Primera conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Prevención de los problemas derivados del alcohol. Ministerio de sanidad y consumo 2007.

AUTORES/AUTHORS:

LAURA RODRÍGUEZ OLALLA, GUADALUPE PASTOR MORENO, MANUEL LINARES ABAD, CARMEN ÁLVAREZ NIETO, JUAN SERRANO MARTOS, FRANCISCO TORRES DÍAZ

TÍTULO/TITLE:

Los hombres jóvenes ante la paternidad. Cómo son y cómo piensan , según sus parejas adolescentes

Estos resultados forman parte de un proyecto de investigación subvencionado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Expediente nº: 0249-06.

INTRODUCCIÓN

La valoración social del embarazo durante la adolescencia cambia según la época y el contexto sociocultural; actualmente, la maternidad y paternidad tempranas de alguna forma chocan con las expectativas que la sociedad reserva a los y las adolescentes, no compatibles con el ejercicio precoz de papeles típicamente adultos, como la responsabilidad por la crianza de un hijo (1). Esta preocupación por el embarazo temprano ha hecho que desde hace varios años la investigación haya intentado desvelar qué se esconde tras este fenómeno, llegando la mayoría de los estudios a conclusiones parecidas.

Entre los factores considerados de riesgo para un embarazo adolescente, se consideran algunas variables asociadas a la pareja de la joven, como diferencia de edad (pareja mayor), diferencia de status socio económico, no pertenencia al grupo de amigos habitual, mucho tiempo de relación o pares sexualmente activos. De ahí la necesidad de conocer los discursos de los jóvenes sobre el embarazo de su pareja adolescente (2).

OBJETIVO

Explorar el discurso de los hombres jóvenes acerca del embarazo de su pareja adolescente.

MÉTODO

Para este estudio se empleó una metodología cualitativa de tipo fenomenológico. La población de estudio fueron las adolescentes embarazadas asistentes 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. Se realizó un muestreo intencional, incluyendo como criterios que la adolescente embarazada tuviera una edad inferior a 17 años, y la voluntariedad para participar en el estudio. El trabajo de campo comprendió los meses de marzo a diciembre de 2007. Como técnica de recogida de la información se optó por la entrevista en profundidad, realizándose 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. Se llevó a cabo un análisis de contenido temático desde la perspectiva fenomenológica y de género, basado en el esquema: reducción, presentación y extracción de los datos y verificación de conclusiones de Miles y Hubermann (3). Como instrumento de apoyo se utilizó el software Nudist-Vivo.

RESULTADOS

En el imaginario de las adolescentes entrevistadas aparece un modelo de hombre que debe reunir una serie de características; el aspecto físico del chico ideal se valora, pero no es determinante a la hora de elegir una pareja. El chico real no siempre reúne las características ideales, pero aporta otras que son muy valoradas por las jóvenes, como simpatía, comprensión, esfuerzo en el trabajo, etc. Del discurso de estas jóvenes se desprende una idea básica: necesitan sentirse apoyadas por sus parejas. Así pues, el embarazo adolescente se suele producir en el marco de una relación romántica, que se conforma principalmente como una relación

de apoyo. Las jóvenes perciben que su relación es seria, y sus parejas representan una fuente de afecto, y compañía, alguien con quien salir y con quien se comparten muchas cosas y además, se establece un compromiso que se asocia con la fidelidad. A estos aspectos se añaden otros como el respeto, la bondad, el reconocimiento de una autonomía propia o la sinceridad.

"Yo que se, es muy bueno, porque me comprende y me ayuda. Por si quiero, yo que se? si quiero hacer algo, pues me ayuda a que yo lo haga..." (caso 11, 15 años, hábitat rural, embarazo intencional).

Por otra parte, una condición valorada por las chicas es que su pareja sea mayor que ellas. En este sentido, se aprecia una diferencia de edad entre la joven y el padre de su hijo/a, (entre 1 y 9 años de diferencia) y en todos los casos ellos son mayores que ellas. Asimismo, todos los chicos tienen un empleo, aspecto considerado como un factor de riesgo en un embarazo adolescente. Estas jóvenes suelen percibir que sus padres tienen una opinión positiva sobre su pareja y que aceptan la relación, a pesar de la disconformidad de algunos padres durante la primera etapa del noviazgo.

"Parece que lo quieren más que yo. Le cae mu bien, yo que sé lo ven muy responsable y tó eso". (caso 6, 16 años, hábitat urbano, embarazo no intencional).

El tiempo de relación previo al embarazo es variado, rondando entre los seis meses y los cuatro años, y en la relación de pareja no se aprecian problemas delicados, salvo los que implica la normalidad de la convivencia. Ninguna de las jóvenes asegura llevarse mal con su chico, y en general perciben que a raíz del embarazo su novio está más cercano, pasa más tiempo con ellas y está más pendiente de sus necesidades. No obstante, hay otras jóvenes que no aprecian cambios sustanciales en su relación de pareja a causa del embarazo.

"Él no dice ná, él ná más que me da apoyo y dice que no sea tan negativa, que eso no va a pasar y que él va estar conmigo siempre y tó (...) Está más cercano, me va apoyando más". (caso 1, 15 años, hábitat rural, embarazo no intencional)

"Igual, yo creo que igual. En to caso, yo creo que él está más cercano a mi hij,o no más a mí, yo que se?yo creo que normal porque si él me quiere le da igual que tenga un hijo o que no. Es que antes de quedarme embarazá estábamos también juntos siempre. Estábamos siempre juntos". (caso 9, 16 años, hábitat rural, embarazo no intencional).

Cuando las chicas se enteran de su 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, y refieren sentimientos de alegría, incredulidad, miedo y preocupación.

"Hombre al principio estaba preocupao porque somos mu jóvenes y no sabes lo que vas a hacer, pero luego alegre. Decía que como iba a ser, que como iba a ser eso, pero ya luego bien" (caso 6, 16 años, hábitat urbano, embarazo no intencional)

"Nervioso, y? yo que sé; decirme no me iba a decir ná, al revés lo que me iba era a apoyar o, a lo mejor, a decirme que abortara, lo que sea, no lo sé; pero que en el momento que se lo dijera, yo esperaba que estuviera nervioso, yo que sé (...).No dijo ná, en ese momento no me dijo ná. Se quedó callaico y se acabó. Él fue el que fue a hablar con mis padres y tó eso" (caso 1, 15 años, hábitat rural, embarazo no intencional).

Pero ellas perciben que sus parejas se están haciendo responsables de la situación y confían en su criterio a la hora de decidir. Una

pauta que se repite entre las parejas de las adolescentes entrevistadas es la de poner en manos de ellas la decisión de continuar o no con el embarazo, encomendándoles por tanto, la responsabilidad de lo que pase posteriormente. Así, y aunque ellos delegan la decisión a tomar (continuar o interrumpir el embarazo) en ellas, la opinión del chico es fundamental. Por ello, una opinión favorable a la maternidad y la paternidad adolescente, es interpretada por las jóvenes como un signo de aceptación de la situación.

"Me dijo, ea, a mí me da igual. Si tú quieres lo tenemos y si no, no. Que yo por mí sí, si no, no. Él ha dicho que lo que yo quisiera. Que por él sí, pero que si yo decía que no, no pasaba nada" (caso 9, 16 años, hábitat rural, embarazo no intencional).

Asimismo, tienen una serie de expectativas creadas ante la crianza del descendiente; consideran que sus parejas van a contribuir a esa crianza procurando el sustento económico y ayudando en algunas tareas si es necesario.

"Mi pareja es la que trabaja, tó lo que compramos es con el dinero suyo (...) el carro se lo ha comprado mi madre, la cuna se lo ha comprado la madre de mi novio, sí, todos están ayudando (...)yo eso no lo veo una carga" (caso 5, 16 años hábitat rural, embarazo intencional)

"Pues? cuidar a mi hijo y estar lo mejor posible con mi novio? yo tengo que estar en mi casa, limpiándola y tenerlo to echo, to pa cuando el venga de trabajar, pues tenerlo hecho por lo menos. Y si yo trabajo pues entre los dos hacemos las cosas (...) Hombre? si trabajo yo, yo sola no voy a poder hacerlo to en una hora, pues si él tiene (?) pues a mí me da igual. Pero yo creo que él me ayudaría". (caso 9, 16 años, hábitat rural embarazo no deseado)

DISCUSIÓN

El embarazo durante la adolescencia suele tener lugar en el marco de una relación romántica, rodeada de un clima de confianza ciega y amor incondicional. Esto lleva a las jóvenes a encomendar y aprobar cualquier decisión sobre su salud sexual y reproductiva en sus parejas. Así, para decidir, las chicas se encuentran en la encrucijada de ser tachadas de ?estrechas? y ser abandonadas si niegan los deseos e instintos que para ellos son naturales; o ser consideradas ?facilonas?, en caso de acceder a una relación sexual en las mismas condiciones que ellos. Por tanto, el teórico poder de decisión está limitado en el momento en que tiene que ejercitarse desde los parámetros de los estereotipos de género.

Como resultado, la opinión de ellos tiene un peso considerable en el uso o no de un método anticonceptivo, la práctica de un aborto, la continuidad del embarazo, y otras decisiones posteriores al nacimiento.

Las chicas embarazadas consideran que la responsabilidad del cuidado y crianza de su hijo/a es suya, pero que tienen que contar con la ayuda de su pareja y de su madre. En este sentido tienen unas expectativas creadas, pues imaginan que sus parejas ?las van a ayudar? en las tareas de la casa, pero ninguna menciona la idea de compartir o corresponsabilizar el cuidado y la crianza del niño/a. Lo cierto es que un varón joven, ante una situación de embarazo, también se enfrenta a sus mandatos personales, familiares, sociales, así como a sus carencias (4).

Sin embargo, el estudio del embarazo adolescente sigue centrado en la madre. En este sentido, un mayor conocimiento de las creencias, los valores y las conductas que rodean el comportamiento sexual y reproductivo de los varones, llevaría a incluir en los programas de salud estrategias de prevención más efectivas (5,6). De ahí la importancia de que el personal sanitario también trabaje con el padre joven- adolescente, para estimular su compromiso con el/la hijo/a que va a nacer y facilitar el proceso de cambio a la nueva situación. Igualmente, percibimos la necesidad de un cambio en los roles de género tradicionales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Arango Pérez S. Actitud frente al embarazo adolescente. RedePsi [en línea] 2007 [acceso 19 de junio de 2009]. URL disponible en: <http://www.redepsi.com.br/portal/modules/smartsection/item.php?itemid=419>
2. Acción por los niños [página principal en Internet]. Lima: Save the Children; [acceso 13 de septiembre de 2009] Las niñas adolescentes embarazadas no acompañadas. URL disponible en: <http://www.accionporlosninos.org.pe/pdfs/pccne.pdf>
3. Miles MB, Huberman AM. 1994. Qualitative Data Analysis. Thousand Oaks, CA: Sage.
4. Cruzat C, Aracena M. Significado de la Paternidad en Adolescentes Varones del Sector Sur-Oriente de Santiago. Psykhe [en línea] 2006 [fecha de acceso 19 de agosto de 2009]; 15 (1) : 29-44. URL disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282006000100003&lng=es&nrm=iso
5. Denise Benatuil. Paternidad adolescente ¿Factor de riesgo o de resiliencia?. Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad 2001; (5): 11-26.
6. Deave T, Johnson D, Ingram J. Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. BMC Pregnancy and Childbirth 2008; (8):30

AUTORES/AUTHORS:

DANIELA MONTESDEOCA RAMIREZ, ALICIA QUINTANA GARCIA, M^a DEL PINO JIMENEZ MENDOZA, BASILIA VIERA MELIAN, JOSE HENRIQUEZ VENTURA, CARMEN NIEVES HERNANDEZ FLORES, ANA BERTA DIAZ OJEDA, ANGELES VICTORIA RODRIGUEZ JIMENEZ, ALBERTO ARMAS NAVARRO

TÍTULO/TITLE:

Prevalencia del tabaquismo y consumo de alcohol en la población juvenil de Arucas y Firgas. Gran Canaria

1.- Fundamento y objetivos.

El consumo de alcohol y tabaco forma parte de los denominados estilos de vida, determinantes del estado de salud de las poblaciones con graves consecuencias para la salud, y potencialmente prevenibles. El inicio de estos hábitos se produce en la primera adolescencia, consumo caracterizado por grandes cantidades en pequeños espacios temporales.

El tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica que en más del 80% de los casos, se inicia antes de los 18 años de edad y que se mantiene merced a factores físicos, psíquicos y sociales. Este factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares no sólo afecta a la salud individual del propio fumador, como ocurre con la hipertensión arterial o la hipercolesterolemia, sino que induce, también, y además de otros problemas, la cardiopatía isquémica en los fumadores pasivos (Beaglehole, 1990). Produce la muerte en la mitad de aquellos que lo padecen por enfermedades directas o asociadas al mismo. El número de muertos en el 2005 fue de 56.000, es decir, cada día fallecían 153 personas, mayor número de muertos que si sumamos las ocasionadas por el consumo de drogas ilegales, las producidas por SIDA y las que se producen por accidentes de tráfico. De cada 4 pacientes fumadores que consumen tabaco de forma habitual, 2 morirán como consecuencia de dicho consumo y, lo que es más grave, uno morirá de forma prematura, perdiendo alrededor de 25 a 30 años de vida. Además, el tabaquismo repercute de manera negativa en la economía de la sociedad en general, al incrementar de manera importante los costes que ésta debe soportar, tanto directos como indirectos (Pardell et al, 1993; Córdoba et al, 1997). Pese a este panorama un tanto desalentador, el tabaquismo es la primera causa prevenible de mortalidad en nuestro país, y que, en el primer nivel asistencial, el 70% de nuestros pacientes asisten a las consultas de Atención Primaria por lo menos una vez al año. En España el 31% de la población mayor de 16 años la padecen. Es uno de los problemas de salud pública más importante en la edad juvenil ya que, esta etapa es la más importante en la adquisición de hábitos, debido al desarrollo de la personalidad (Ortiz, 2003). Es importante identificar cuáles pueden ser los factores relacionados con el inicio del consumo de tabaco entre los jóvenes, que nos faciliten el diseño y la implantación de estrategias a realizar.

El consumo de bebidas alcohólicas constituye también un problema de salud pública en la mayoría de los países desarrollados, no solo por el incremento que experimenta sino por los efectos nocivos que produce. Se trata de un comportamiento prevenible y que normalmente se establece en la adolescencia. Diversos estudios epidemiológicos se han realizado, sobre este hábito, en esta etapa de la vida. Según la encuesta del Ministerio de 2004, el alcohol sigue siendo la sustancia más consumida entre los escolares de 14 a 18 años, el 80% declararon haberlo consumido alguna vez y el 64% durante los treinta días previos a la encuesta. Se trata fundamentalmente de consumos localizados en el fin de semana, el fenómeno del botellón, (como representación social), se ha ido extendiendo por toda la geografía de España, marcando unas pautas de consumo de alcohol específicas en la población adolescente y joven. Sería necesario, contar con datos no sólo cuantitativos sino cualitativos para poder planificar intervenciones dirigidas a potenciar o modificar conductas relacionadas con la salud.

Por todo ello, desde ambos equipos de Atención Primaria, un grupo de profesionales, enmarcado en el análisis de situación para llevar a cabo una estrategia de educación y promoción de salud (Estrategia Delta del SCS), nos hemos planteado como objetivos: Conocer la prevalencia de consumo de tabaco y alcohol, posible influencia de algunos factores en la iniciación, conocer posibles variables sociales que puedan determinar en estos hábitos y conocer algunos patrones de consumo relevantes.

2.- Material y método.

Nos hemos planteado un estudio de corte descriptivo transversal o de prevalencia. El universo del estudio ha estado integrado por los alumnos de edades comprendidas entre 12-17 años, de secundaria de los institutos públicos de Arucas y Firgas, en el curso 2007/2008. El total de alumnos fue en Arucas (n=1566) y Firgas (n= 267). La recogida se llevó a cabo durante el mes de mayo de 2008. Para ello se usó un cuestionario anónimo con determinadas modificaciones, con variables parecidas al estudio enKid, dirigido a conocer el consumo de tabaco, alcohol y estimulantes en esta población. Dicho cuestionario fue autocumplimentado por los alumnos/as de manera anónima durante una clase normal (45-60 minutos), con la presencia de un profesor pero sin que éste interviniera en la recogida de datos. El trabajo de campo fue realizado por los profesionales de la salud, sin relación con el centro educativo. Se contó con el consentimiento de la dirección de cada centro, los cuales estaban informados de los objetivos a conseguir con dicho estudio al igual que previamente los alumnos/as eran informados y se les solicitaba su colaboración de manera voluntaria. Por otra parte, el grado de colaboración de los directores, jefes de estudios y docentes fue excelente. La proporción de alumnos que se negó a cumplimentar el cuestionario fue irrelevante, así como los cuestionarios eliminados por estar en blanco. Los datos recogidos, tras ser depurados fueron introducidos en el programa SPSS, versión 13.0 para Windows. La asociación de los distintos factores se evaluó mediante la odd ratio, la cual se estimó a través de un IC al 95%. El nivel de significación se consideró cuando el p-valor fue inferior a 0,005

3.- Resultados.

El 86,7% de los encuestados no consumen alcohol frente al 13,3% que afirman consumir. Hemos visto diferencias significativas por sexo: un 88,7% de la mujeres no consumen alcohol frente a un 84,5% de los varones, sin embargo, el 11,3% de las mujeres si consumen frente al 15,5% de los varones OR IC95%;1,45 (1,002-2,082). Esta diferencia, la hemos observado por centro educativo. Casi un 4% de la población estudiada toma más de una bebida alcohólica, habiendo diferencia significativa por sexo: el 2,5% son mujeres y el 5,2% varones. También hemos encontrado esta tendencia de crecimiento por edad y centro educativo pero no por localidad. El 4% de los encuestados de 12 años manifiestan consumir alcohol. De los que consumen alcohol, el 9,4% toman solo un tipo de bebida, es decir, no mezclan. Habiendo diferencia significativa tanto teniendo en cuenta la edad como el centro educativo. Sin embargo, en Arucas, los niños multiplican por dos el riesgo de tomar más de una bebida OR (IC 95%); 2,2, cosa que no ocurre en Firgas. El consumo de cerveza sin alcohol es mayor en el sexo masculino (un 3,2% frente a un 0,9%. OR ?IC95%; 3,43(1,24-9,44). Más del 40% consume combinados, los licores tienen un consumo mayor en el 30% y la cerveza en más de un 10%. Hemos encontrado asociación entre consumo de tabaco y la ingesta de alcohol, el riesgo se multiplica por 6 ?OR IC95%; 6,3 (4,1;9,78). No hemos encontrado asociación entre el nivel de estudios de los padres ni la situación laboral y el consumo de alcohol. La actividad física está asociada al consumo de manera significativa OR IC95%; 163 (1,107; 2,414)

El 88,5% de los encuestados no han fumado, un 6,7% IC95% (5,33-8,11), el 7,4% son mujeres y el 6,1% varones, responden que si lo han hecho en los últimos seis meses entre 1-100 cigarrillos. El 4,8% lo han hecho de manera ocasional 5,4% mujeres y 4,3% varones. No hemos encontrado diferencia significativa por sexo ni por centro educativo ni según nivel estudios de los progenitores. En relación al hábito de fumar si que hemos encontrado diferencias significativa por edad, así observamos como a los 13 años fuma el 3,2% y a los 18 años lo hace el 25%. El consumo medio de cigarrillos por día es de de seis y la edad de inicio a los 13 años, sin diferencia por localidad.

El porcentaje de padres fumadores habituales es del 38,94% -IC95% (36,17-41,71) y madres fumadoras habituales del 31,16% -IC95% (28,53-33,79).El 46% de los padres de los encuestados no fuman frente al 56,8% de las madres. De manera ocasional fuman el 3,2% de los padres y el 3,6% de las madres. El 11,6% de los padres son exfumadores frente al 8% de las madres. El 85,2% de los hermanos de la totalidad de la población estudiada no fuman -50% son en Firgas y un 67,5% en Arucas-. Un 5,9% fuman todos los hermanos, habiendo diferencia significativa por localidad, (un 0% en Firgas y un 21,4% en Arucas). El 8,9% dicen que fuman algunos de ellos (50%(6) en Firgas y un 11,1%(14) en Arucas). Cuando hemos analizado la variable de los hermanos que fuman, hemos encontrado asociación entre el hábito y la variable edad. Un 12,4% de los padres fuman dentro del hogar frente al

10,3% de las madres. El 13,9% fuman en el interior de la casa ambos progenitores. Hemos encontrado asociación entre consumo de tabaco del padre, madre y hermanos, presentando esta última asociación la odds ratio más elevada. El porcentaje donde fuma algún miembro de la familia es del 56,81% encontrando una diferencia muy significativa entre esta variable y los niños fumadores. No hemos encontrado asociación estadísticamente significativa entre los padres exfumadores y que sus hijos sean fumadores o no. Con respecto al consumo de estimulantes el 97,3% no toma nada de manera habitual. Como estimulantes toman en un 5% café en épocas de exámenes y de manera habitual casi el 4%. El té lo toma en épocas de exámenes el 3,2% y de manera habitual un 2,3%. El Ginseng lo consume de manera ocasional casi el 2%. Sin embargo, casi un 4% toma de manera habitual vitaminas y en épocas de exámenes casi el 5%.

4.- Discusión

La prevalencia de consumo de alcohol obtenida del 13,3%, es menor que la obtenida en otros estudios, un 58,5% según Estudes, un 65,6% según el plan nacional de drogas, y un 58,5% según Segura. Sin embargo, las asociaciones encontradas con variables como tabaco, edad es similar a la encontradas en estos. La edad de inicio de nuestra población se constata que es inferior a la media nacional (Estudes).

La prevalencia de adolescentes fumadores (6,72%) que encontramos fue muy inferior a las encontradas en Extremadura por Prieto Albino (18,3%), por Ruano García en Salamanca (20,5%), Estudes (32,4%) y por M. Navarro en Arucas (22,9%), con esto se demuestra la variabilidad, tal vez determinada por la metodología utilizada. En nuestro estudio el consumo de tabaco es mayor en la mujer que en el varón sin asociación lineal. La asociación más potente, se obtuvo con el consumo de tabaco por parte de sus hermanos (Odds ratio 5,7). Es conocida la asociación entre el hábito tabáquico de los niños y el de su entorno según Osler et al.

5.- Implicación para la práctica clínica:

Estos resultados nos sugieren la necesidad de establecer una estrategia educativa donde se incluya toda la comunidad educativa, especialmente a la familia. Poner en práctica programas de deshabitación tabáquica accesibles a la población. Creemos que sería oportuno identificar conocimientos, actitudes, habilidades y hábitos respecto al consumo de alcohol y tabaco con una dimensión cuanti-cualitativa y diseñar una propuesta que permita, integrándola en el currículo escolar, abordar de manera transversal estos hábitos y dar una respuesta más eficiente y eficaz a los factores reales que los determinan. Los profesionales de la salud, debemos intervenir en el ámbito escolar, con decisión, de la misma manera que actuamos ante la gran demanda asistencial que atendemos diariamente en nuestras consultas, creemos que de esta manera se optimizarían los recursos en materia de prevención y promoción.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFIA: - Beaglehole r. Does passive somoking cause heart disease. Br Med J 1990; 301:1343-44 - Córdoba R. et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Atención Primaria, 1997.20 Supl 2:86-100 - Segura, J. Estudio de variables relacionadas con el consumo alcohol entre adolescentes Gran Canaria. Tesis Doctoral, 1998 UPLGC - Delegación Nacional para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias 2004. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. - Delegación Nacional para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2008. Madrid. Ministerio de Sanidad y Política Social. - Pardel H., Agustín Vidal A. El tabaquismo como riesgo para la salud. Su coste médico y social. Jano 1993; 34:58-62 - Plan de acción sobre Drogas 2005-2008 del MSC. - Prieto Albino et al. Consumo de tabaco en escolares de la Comunidad de Extremadura. Aten. Primaria 1999; 23: 326-31 - Ruano García et al. Inicio y prevalencia del tabaquismo entre los escolares de 1º y 2º ESO de Salamanca. Aten. Primaria 2003; 32: 185-86 - Osler et al. Maternal smoking during childhood and increased risk of smoking in young adulthood. Int J Epidemiol 1995; 24: 710-4 - Ortiz Molina S, Peña Torres D, Sánchez Espejo R. Consumo de tabaco de los estudiantes de secundaria de Córdoba. Enferm Clin 2003; 13:154-8 - Navarro MC et al. Tabaquismo: factores determinantes y actitud hacia su abandono entre los estudiantes de secundaria de Arucas, Prevención del tabaquismo vol 8 nº 2 55-60

Mesa de comunicaciones 9: Salud materno-infantil**Concurrent session 9: Mother and children care****AUTORES/AUTHORS:**

Isabel Mendes

TÍTULO/TITLE:

? Lived experience of the maternal role by first-time mothers in postpartum: implications to midwifery practice

Aim: The purpose of this study is to describe the experiences as lived by first-time mothers as they adjust to the maternal role during postpartum period.

Methods:

Background: Postpartum period is a time of transition, of adjustments to the parental role. This transition calls for changes in role relationships, especially in the first-time mothers.

The birth of a child, specifically the first one, causes a great impact on intra personal and interpersonal of the mother, father and remaining family. It begins a new and important phase of family life cycle, identifying it with a predictable sequence of change in family organization, according to a set of tasks and responsibilities clearly defined 1,2,3,4,5,6. It stands out the importance of adjusting to motherhood with respect to personal satisfaction, the emotional, family functioning, performance of practical tasks of care, recovery lifestyle (...). The whole constellation of aspects interrelate and adjustment to motherhood is reflected by the ability to overcome the developmental tasks by turning them into health care and educational skills to the child, contributing to its growth and harmonious development and also in her personal project 7,8.

The assumption of motherhood is confined to the successive changes and developmental tasks. In this context we refer specifically for those tasks that ensure the transition to motherhood, from pregnancy until the baby is born concerning the Rubin's and Colman and Colman's definitions.

The development of maternal tasks, begins in the period of pregnancy, this was markedly clarified with studies by Rubin 9. Thus, this author described four main interdependent maternal tasks: Ensure safe passage for herself and the child during pregnancy and childbirth;

Ensuring social acceptance for herself and the baby for a significant number of family members;

Start attachment with the unborn child; Learning to give herself to the benefit of others. Explore in depth the meaning of the transitive act of giving / receiving. Also, Colman and Colman 10 identified six tasks related to the transition of the maternal role such as: acceptance of being pregnant; acceptance of the reality of the foetus; re-evaluation of the relationship with her parents; re-evaluation of the marital relationship; acceptance of the baby as a separated person from herself; and integrated the maternal role. In this specific task, the woman has to integrate into her identity the role, function and meaning of what being a mother means. Therefore, it is important that the mother-to-be re-evaluate losses and gains that motherhood has offered to her and accept the changes resulting from this new stage of life.

During the period of post-partum, there will be perhaps the conditions for women to start the process defined by Rubin 9 of "incorporation". It is the construction of a new dimension to her personality, made by successive and progressive ideal images of herself as mother. In the opinion of this author, the formation of maternal identity attached the woman to the child, as well as the process of becoming a mother, those are gradual and developmental tasks that are not required to repeat the same way in every experience of pregnancy.

This is, when the woman assumed her maternal role that means that she is adherence to a desired model, according to the idealized image of herself as the mother of that child.

Design: qualitative study using the descriptive phenomenological Giorgi's method 11, in which, through the descriptions of the participant's experiences, we are able to understand their adjustment to the transition to parenthood in the postpartum period.

Participant/Sample: The participant inclusion criteria of the intentional sample were: first-time parents of a newborn at term; parent's 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 informed consent was obtained during the hospitalization of the mother after childbirth. Saturation of data was obtained with a group of 25 first-time parents, concerning the principle of adequacy of Morse & Field 12, using unstructured interviews in the parent's home place.

Data analysis/data validation: Data were analyzed using the descriptive-phenomenological Giorgi's Method 11 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 13.

Results/Discussion: It was identified the essential structure of the studied phenomena, in the perspective of the experiences lived by the women during this process of maternal adjustment in the period of the post-partum of the first childbirth 14,15.

Related to the maternal role the key constituents of the positive experiences were: pregnancy and labour as important periods of transition for the construction of the parental role. Some participants identified the maternal perception of fetal movements as a turning point in raising the maternal role, others refer to the childbirth and subsequent birth of the child as such.

As for the experiencing of the interaction with the baby the process of maternal adjustment is facilitated by the feelings of happiness, joy, gratuity and emotional well-being created during breast-feeding, deeply experienced by women as a form of proximity and relationship with baby. Due to the experiencing of maternity the participants named as facilitating aspects to the adjustment process, the awareness of the feeling of being a family and the notion of the emerging family with the birth of baby, feelings of personal accomplishment, responsibility, of chance of personal development, consciencialization of the geracional continuity and the involvement of the father in the parenting project helps the internalization of the mothering role. As for the experiencing of the conjugal relationship, the maternal adjustment was facilitated by the social support of the partner/husband, determinant in the acceptance of this new identity; related to the experiencing of the widened family context they considered as facilitators aspects to the maternal adjustment the biggest involvement of the maternal grandmother, the proximity of the matern and patern family, and, in their absence, the possibility of social support from close friends and neighbours.

Related to the key constituents on the negative experiences emerged the following: exhausted experience in taking care of the baby, changes in the domestic routines for the exclusive dedication to the baby and difficulties in trying to conciliate the time for self-care and for the care of the baby. The maternal ideal culturally constructed in relation to the binomial (mother-baby) determines as a priority the time of the mother to take care of the baby in relation to other functions. However, before these new priorities that take almost all the mother's time, there may be ambivalent feelings. And the mother's gradually adapting to this new time management, balancing the time for the baby with time for self-care.

And related to the experiencing the health care context, we point out that the participant mothers stated opinion that they have more expectations regarding responses to their needs, therefor suggesting more support both emotional and thecnical from the health professionals, specially from nurses and psychologists.

Conclusion: The experience of the maternal role is still regarded as a continuous learning and its consequence an increase in the process of maternal adjustment, and the awareness of their parental responsibilities where the involvement of the partner is referred as an important element for projecting their focus of attention in the experience of motherhood.

Implications to the practice: This study provide insights into the maternal adjustment experience in the period of the postpartum in the perspective of the first-time mothers and generate communication about midwifery interventions to improve it, specially the postpartum home visit, support groups in the Health Centres and maternities specially to improve their competences related to the maternal role.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Stern DN. The Motherhood Constelation: A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy. London: Karnacbooks; 1998.
- 2 - Mercer RT; Ferketich SL. Predictors of maternal role competence by risk status. Nurs Res. 1994;43:38-43.
- 3 - Mercer RT; Ferketich SL. Experienced and inexperienced mother s maternal competence during infancy. Res Nurs Health. 1995;18:333-343.
- 4- Mercer RT. Becoming a mother. New York: Springer Series: Focus on Women; 1996.
- 5 - Grossman EK; Eichler LS; Winickoff SA. Pregnancy, birth and parenthood adaptation of mothers, fathers and infants. San Francisco: Jossey-Bass; 1980.
- 6 - Woollett A; Parr M. Psychological tasks for women and men in the post-partum. J Rep Infant Psycho. 1997;15: 159-183.
- 7- 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. 8- Mendes IM. *Ligação materno-fetal*. Coimbra: Quarteto Editora; 2002. 9- Rubin R. *Maternal identity and the maternal experience*. New York: Springer Publishing Co; 1984. 10- Colman LL; Colman AD. *Gravidez: Experiência Psicológica*. Lisboa: Edições Colibri; 1994. 11 - Giorgi A. The theory, practice and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *J Phenom Psy*. 1997;28(2):235-247. 12- Morse J, Field P. *Nursing Research: the application of qualitative approaches*. 2ed United Kingdom: Nelson Thornes Ltd; 2002. 13 - 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. 14- 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. 15- Mendes IM. *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Coimbra: Mar da Palavra; 2009.

AUTORES/AUTHORS:

Zaida Coromoto Colmenares Roble, Leida Cecilia Montero Carballo, Zoraida Gonzalez Yaguardo

TÍTULO/TITLE:

Intervención de la Enfermera en la consulta prenatal y Conocimiento de la Adolescente Embarazada

El presente estudio se ubica en la línea de investigación, salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes. El mismo tuvo como objetivo general: Determinar la relación que existe entre la intervención de la enfermera en la clínica prenatal y el conocimiento de la embarazada sobre los riesgos fisiológicos. En cuanto al estudio, se realizó en los ambulatorios urbanos de San Juan de los Morros, Estado Guárico. Para tal fin la muestra estuvo conformada por dos muestras mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia conformado por las 16 enfermeras de los ambulatorios y 41 adolescentes embarazadas que acudieron a dichos establecimientos de salud a fin de utilizar la clínica prenatal. La recolección de información se obtuvo a través de dos instrumentos, uno aplicado a las enfermeras con 42 preguntas y el otro para las adolescentes con 29 preguntas, para ambos instrumentos se les aplicó como índice de confiabilidad el alfa de Cronbach el cual arrojó 0,93 y 0,79 respectivamente, lo que demostró un índice de confiabilidad alto para ser aplicado a la muestra final antes descrita. El estudio se realizó mediante un diseño descriptivo correlacional. Los datos se analizaron y transfirieron a una matriz de cuadros de frecuencias, aplicándole a cada cuadro de asociación la media, desviación Standard y la prueba T. Una vez realizados estos cálculos, se procedió a establecer si los porcentajes obtenidos para los factores y las variables seguían una distribución normal, mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, evaluada ésta mediante la prueba de la U de Mann-Whitney sus resultados se encuentran se rechaza la hipótesis general de trabajo y se acepta la hipótesis general nula que plantea que no existe relación estadísticamente significativa entre la intervención de la enfermera en la clínica prenatal y el conocimiento de la adolescente embarazada sobre los riesgos fisiológicos. Se rechaza la hipótesis específica nº 1 y se acepta la hipótesis específica nula nº 2 que plantea que no existe relación estadísticamente significativa entre existe relación estadísticamente significativa entre la intervención de la enfermera en la clínica prenatal en sus función asistencial y el conocimiento de la adolescente embarazada sobre los riesgos fisiológicos; y se acepta la hipótesis específica nº 2 que plantea que existe relación estadísticamente significativa entre la intervención de la enfermera en la clínica prenatal en sus función docente y el conocimiento de la adolescente embarazada sobre los riesgos fisiológicos

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Colliere (1.993). Promover la Vida. Editorial Mc Graw Hill. España. Desser (2.007). Embarazo en adolescente. O.P.S.O.M.S. Publicación Científica Elms (2.007). The paradigm concept and sociology; a critical review. N.44, p. 925-936 Issler (2.007) Embarazo en Adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina N° 107 - Agosto/2001 Página: 11-Linares, M (2.003). Ensaio acerca do entendimento Humano. 2ed. Sao Paulo: Abril Cultural. (colecao pensadores Maturana (2.006). El sentido de lo humano. Convivencia, aceptación y creatividad. Santiago. Ediciones Pedagógicas Organización de las Naciones Unidas. Boletín Informativo. 2.007. La salud Materna. Washington. Organización Mundial de la Salud. Materna en América Latina. Boletín Epidemiológico. 2.006. Washington.

AUTORES/AUTHORS:

ROSA MARIA PINEIRO ALBERO, MIGUEL RICHART MARTINEZ, ANTONIO PABLO VELANDRINO NICOLAS, RICARDO GARCIA DE LEON, ANTONIO OLIVER ROIG

TÍTULO/TITLE:

ADAPTACION AL CASTELLANO DE LA ESCALA DE AUTOEFICACIA PRENATAL: PBFES. VERSION INICIAL

OBJETIVO:Una de las líneas de actuación del proyecto de Lactancia HQTQ-1 del Hospital V. del Castillo de Yecla, es la de elaborar instrumentos para la evaluación de ciertos aspectos de comportamiento de las madres ante el hecho de su lactancia. Dos de los aspectos a desarrollar en el proceso de atención a la alimentación del lactante son identificar grupos de población con mayor necesidad de apoyo profesional y desarrollar indicadores finales de resultado desde la perspectiva materna. Debido a la ausencia de instrumentos en español sobre las conductas maternas ante la lactancia, hemos iniciado un proceso de adaptación de La Prenatal Breast-feeding Self-efficacy Scale (PBFES) que evalúa el nivel de auto-eficacia de la madre hacia la lactancia. Ante esta necesidad hemos iniciado un proceso para adaptarla siguiendo los estándares de traducción y validación de instrumentos de medida psico-sociales. Presentamos la validación inicial, tras el proceso de traducción y retrotraducción y los resultados obtenidos en una muestra piloto compuesta por 49 mujeres lactantes en un centro de salud de la provincia de Alicante. **MÉTODO:** El contexto del estudio estuvo conformado por la población de madres en el tercer trimestre de su embarazo pertenecientes a un centro de salud de la provincia de Alicante. El diseño seguido se desarrolló en dos etapas. En la primera se empleó los procedimientos estandarizados para la traducción-retrotraducción lingüística, en el que participaron entre otros dos traductores bilingües (Guillemin et al., 1993). En la segunda se procedió a la administración de los cuestionarios a una muestra reducida y no probabilística de madres cuya participación fue voluntaria siguiendo la metodología actual de encuestas por muestreo (De Leeuw, 2008). **Sujetos:**La muestra estuvo compuesta por 49 madres embarazadas con edades comprendidas entre 18 y 41 años (media de 27 años) que aceptaron participar de forma voluntaria y anónima. Las variables utilizadas, junto con el instrumento, fueron las habituales en este tipo de estudios: un bloque relacionadas con las características sociodemográficas (Nivel educativo, ingresos económicos, origen, etc) de los sujetos participantes, y otro bloque relacionadas con aspectos de la salud (obstétricas, experiencia en lactancia, relacionadas con el embarazo, etc). La Escala de Autoeficacia Prenatal en LM, (Prenatal Breastfeeding Self-efficacy Scale (PBFES), es una escala de 20 ítems para medir la autoeficacia materna para amamantar antes del parto. Las dimensiones que valora esta escala están planteadas en forma de capacidades y las acciones en las que se centran son: conseguir información, obtener apoyo, organizarse el día, preparar leche para que otros alimenten a su bebé, dar pecho rodeadas de gente, hablar sobre lactancia con otras personas y amamantar incluso cuando quienes las rodean no están de acuerdo. El formato de respuesta es tipo likert de 5 puntos en la que el participante valora su nivel de seguridad con respecto a la situación que se plantea en el ítem (1: nada segura hasta 5: completamente segura). De los 20 ítems 19 se articulan alrededor de 4 factores: habilidades y demandas de la lactancia (7 ítems), obtención de información sobre cómo amamantar (5 ítems), dar pecho rodeada de gente junto con los sentimientos que ello genera (5 ítems) y la presión social que siente la mujer que amamanta (2 ítems). El ítem independiente está referido a los profesionales y correlaciona tanto con el factor 2 como con el 4. La puntuación final, rango de 20 a 100 puntos, se calcula sumando los valores de todos los ítems, de modo que cuanta más alta es la puntuación, mayor es la percepción de autoeficacia de la madre. Paralelamente el instrumento distingue entre madres que quieren dar el pecho y aquellas que prefieren alimentar a su bebé con leche artificial. Tras el proceso de traducción-retrotraducción que produjo la versión castellana consensuada por los investigadores y traductores, la PBFES se plasmó en un cuestionario con formato similar al original. Para la captación de la muestra se contó con la matronas del centro quienes explicaron la finalidad del estudio y solicitaron su participación. Tras conseguir su colaboración y firmar el consentimiento informado, se concertaron citas individuales y un miembro del equipo les administró el cuestionario. Los datos obtenidos fueron analizados para estudiar las propiedades psicométricas de la escala: análisis de ítems, análisis de la fiabilidad y de

la validez (Crocker & Algina, 1986; Streiner & Norman, 2003). La primera traducción ha resultado satisfactoria ya que, en una entrevista posterior, ninguna de las madres manifestó dificultades con la comprensión de los ítems presentados. El análisis de estos muestra la adecuación de todos ellos, ya que muestran una correlación superior a 0.45 con la escala y esta no se ve significativamente afectada por la supresión de ninguno de ellos. La fiabilidad, medida con el coeficiente alpha de Cronbach, ha sido de 0,915 lo que apoya la alta consistencia de la escala. En cuanto a la validez, hemos realizado un análisis factorial (con componentes principales y rotación varimax) para evaluar la validez de constructo; el resultado ha sido satisfactorio ya que la estructura encontrada arroja un patrón de cuatro factores principales que explican un 67,28% de la varianza total. DISCUSIÓN: Se ha conseguido una adaptación lingüística satisfactoria de la MBFES, tras seguir escrupulosamente la normativa al respecto, y comprobar que la comprensión de los ítems no presentó ningún problema, como manifestó la entrevista realizada a las participantes tras contestar el cuestionario.

Las propiedades psicométricas no han ofrecido los resultados deseables, excepto la fiabilidad (que sí arrojó valores adecuados), lo que atribuimos al reducido tamaño de la muestra. La versión definitiva de la escala podrá ser elaborada cuando se obtengan los datos definitivos con un tamaño muestral pertinente. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA: La escala PBFES adaptada al castellano permitirá disponer de una herramienta apta para proveer a los investigadores, gestores y profesionales clínicos españoles de instrumentos válidos y fiables que contribuyan con sus resultados a la orientación de las intervenciones de promoción, protección y apoyo a la LM. La falta de confianza de las madres en la capacidad para amamantar se ha utilizado también como predictor útil del abandono precoz de la LM (Kronborg, 2007). Exceptuando las intervenciones educativas prenatales, la mayoría de intervenciones de apoyo a la LM tienen lugar en el posparto. Conocer la autoeficacia es útil para planificar la provisión de recursos de apoyo a las madres con menor percepción de autoeficacia. La adaptación cultural y posterior validación de esta escala de autoeficacia posnatal, permitirá evaluar el efecto de intervenciones de apoyo realizadas en el posparto precoz e inmediato sobre la seguridad materna frente a la lactancia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.Hoddinott P, Tappin D, Wright C. Breast feeding. *BMJ* 2008; 336(7649):881-7.
- 2.Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra 2003.
- 3.Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR; Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. *Public Health Nutr.* 2005 Feb;8(1):39-46.
- 4.Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2006.
- 5.EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised). European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2008.
- 6.Scott, J.A., Binns, C.W., Oddy, W.H., Graham, K.I. (2006). Predictors of Breastfeeding Duration: Evidence From a Cohort Study. *Pediatrics*, 117, e646.
- 7.Crocker, L. & Algina, J. (1986). *Introduction to Classical and Modern Test Theory*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- 8.Nunnally (1987). *Teoría psicométrica*. Trillas: México.
- 9.Muñiz, J. y Hambleton, R.K. (1996). Directrices para la traducción y adaptación de los tests. *Papeles del Psicólogo*, 66.
- 10.Streiner, D.L. & Norman, G.R. (2003) (3rd ed). *Health Measurement Scales*. New York: Oxford University Press
- 11.Wells KJ, Thompson NJ, Kloeblen-Tarver AS. Development and psychometric testing of the prenatal breast-feeding self-efficacy scale. *Am J Health Behav.* 2006 Mar-Apr;30(2):177-87.
- 12.Guillemin, F., Bombardier, C. and Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed Guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46, 1417-1432
- 13.De Leeuw, E.D. (2005). *New Technologies in data collection, questionnaire design and quality*. Vitoria: Instituto Vasco de Estadística (EUSTAT).
- 14.17.Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing* 2003; 32:734-744.
- 15.Wutke K, Dennis CL. The reliability and validity of the Polish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: Translation and psychometric assessment. *International Journal of Nursing Studies* 2007; 44(8):1439-46.
- 16.21.Kronborg H, Væth M, Olsen J, Iversen L, Harder I. Early breastfeeding cessation: validation of a prognostic breastfeeding score. *Acta Paediatr.* 2007 May;96(5):688-92. Epub 2007 Mar 21.

AUTORES/AUTHORS:

Louise Dumas, Lena Weimers, Kristin Svenson, Lars Navér, Vivian Wahlberg

TÍTULO/TITLE:

Mothers' perceptions of the « hands-on » approach during initiation of breastfeeding with sick or premature infants

Background:

Very few researches report mothers' feelings about the hands-on approach often used by nurses when assisting mothers with breastfeeding. We believe this is even more important in NICU when mothers are already more vulnerable because their baby is premature or sick. Hands-on approach by the nurse is frequent in many countries and it has been reported by nurse-researchers as a negative intervention. However, nothing was known about the mothers' perceptions of this manipulation of their breasts.

Objective for this part of the research :

To explore Swedish mothers' perceptions of the hands-on approach, i.e. when the nurse touches or manipulates the breasts, during assistance with breastfeeding a sick or premature baby.

Methodology :

In-depth individual interviews were conducted with Swedish mothers whose sick or premature babies were in NICU. Data analysis using Radnitzky's hermeneutic interpretative principles revealed important results related to the feelings of these mothers.

Results:

Five main themes were identified: Insult to integrity, Manipulating the baby, Understanding and adjustment, Breasts as objects, Alternatives to this practice. Hands-on assistance in the breastfeeding situation was experienced as unpleasant and the women experienced their breasts as objectified. The mothers accepted the hands-on support given by the nursing staff, even though they considered it unpleasant.

Conclusions:

Emergent themes from this research illuminate the uneasiness of these mothers with regard to this approach enough so to encourage alternative means of assisting them during their first breastfeeding episodes. Sweden has a high breastfeeding rate which should give indications of how mothers perceive hands-on in countries where less mothers choose to breastfeed.

Implications for practice:

Alternative support techniques exist, such as knitted breast and doll ; they should be prioritized when supporting a mother to breastfeed her baby. If, after trying those measures, hands-on method seems indicated, the mother should first be informed of this alternative and asked permission to do so.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Aarts M (2000). Aarts M. Marte Meo basic manual. Aarts Production, Haderwijk, Netherlands
Dumas L (1990). Choisir un cadre théorique. Choisir Orem (Choosing a theoretical framework. Choosing Orem). Nursing Québec. 10:16-19.
Ekström A, Widström AM, Nissen E (2005). Process oriented training in breastfeeding alters attitudes to breastfeeding in health professionals. Scandinavian Journal of Public Health, 38:424-438
Gustafsson B (2003). Nurses' self-relation ? Becoming theoretically competent: The SAUC model for confirming nursing. Nursing Science Quarterly. 16:265-271.
Gustafsson B (1997). Bekräftande omvårdnad-SAUC-modellen för vård och omsorg. (Confirming Nursing. The SAUC Model for Health and Community Care) Lund: Studentlitteratur.

Hedberg-Nyqvist K, Sjärdén PO, Ewald U (1994). Mothers' advice about facilitating breastfeeding in neonatal intensive care unit. *Journal of Human Lactation*, 10:237-243. Orem ED (1980). *Nursing: concepts of practice*. New York: McGraw-Hill. Radnitzky G (1970). *Contemporary schools of metascience*. Gothenburg: Akademiförlaget. Weiners, L, Svensson, K, Dumas, L, Navér, L, Wahlberg, V. (2006). 'Hands-on' approach during breastfeeding support in NICU: Swedish mothers' experience. *International Breastfeeding Journal*, 1:20, en ligne à www.internationalbreastfeedingjournal.com. Weimers L, Wahlberg V, Svensson K (2002). *Upplevelser av information och handgriplig hjälp i amningssituationen En kvalitativ studie med djupintervjuer av 12 mödrars vars barn vårdats på en neonatalavdelning*. (Experiences of information and physical help in breastfeeding ? A qualitative study consisting of in-depth interviews of 12 mothers whose babies have been on a neonatal ward). Master thesis. Ersta Sköndal Högskola, Sweden, Institution för vårdvetenskap. Weimers L, Nyström H (2000). *Amningsguiden En guiden om amning för sjuka och underburna barn, utifrån WHO/UNICEF:s 10 steg till en lyckad amning*. (Breastfeeding guide ? A guide about breastfeeding sick and preterm children based on WHO/UNICEF:s 10 steps to successful breastfeeding). Joma, Sweden: Joma Tryck AB. Re-edition pending

AUTORES/AUTHORS:

Camino Alvarez Vargas, Pilar Veledo Barrios, Ana M^a Rodríguez Martínez, María Rodríguez Herrera, Carmen Tapia Valero, Carmen Montero Morales, M^a Begoña Sánchez Gómez, Gonzalo Duarte Climents, M^a Angeles Guzmán Fernández

TÍTULO/TITLE:

¿EL NÚMERO DE REVISIONES Y ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DEL NIÑO SANO ES EL ADECUADO?

AUTORES: Álvarez-Vargas C1, Veledo-Barrios P2, Rodríguez-Martínez AM3, Rodríguez-Herrera M4, Tapia-Valero C5, Montero-Morales C6, Sánchez-Gómez MB7, Duarte-Clíments G8, Guzmán-Fernández MA9

- 1 CS José Aguado I, León, SACyL
- 2 CS San Andrés del Rabanedo, León, SACyL
- 3 Gerencia de Atención Primaria, León, SACyL
- 4 CS Nava de La Asunción, Segovia, SACyL
- 5 CS Carbonero el Mayor, Segovia, SACyL
- 6 Gerencia de Atención Primaria, Segovia, SACyL
- 7 DC Cuidados Sociosanitarios
- 8 DC Cuidados Sociosanitarios
- 9 Gerencia Regional de Salud, Castilla y León, SACyL

INTRODUCCIÓN: Con el fin de contribuir al desarrollo óptimo del niño la Junta de Castilla y León puso en marcha el programa conocido como Programa del Niño Sano, (PNS) uno de los de mayor éxito en cuando a su aceptación por parte de los usuarios, y mediante el cual se llevan a cabo acciones preventivas y de promoción de la salud con el fin de garantizar el adecuado desarrollo del niño, a través de controles periódicos del estado de salud y la detección precoz de anomalías físicas, psíquicas y sensoriales, consiguiendo de este modo, elevar el nivel de salud de la población infantil.

El PNS tiene como principales objetivos la supervisión y la promoción de la salud mediante la educación sanitaria y la realización de actividades preventivas (inmunizaciones, intervenciones de cribado y detección precoz de problemas de salud).

El PNS no es un programa estanco, es un programa que debe adaptarse a las características del niño y de las familias así como al nivel sociocultural de la población a la que se encuentra dirigido.¹

El PNS, comienza a establecerse en C y León hace aproximadamente unos 25 años coincidiendo con la creación de los primeros equipos de atención primaria y la correspondiente incorporación de los pediatras a los mismos.

El PNS, es una actividad muy importante en la consulta de pediatría de Atención Primaria, constituyendo una gran carga de trabajo que ocupa entre el 25 y 50% de la consulta. Podríamos aducir fundamentalmente 3 razones que justifiquen este hecho 2:

? Disminución de las tasas de mortalidad y natalidad infantiles, lo que hace que haya menos niños y más sanos.

? Presencia de una nueva morbilidad infantil derivada del estilo de vida en los países desarrollados y susceptible de prevención primaria y secundaria: accidentes, toxicomanías, problemas del ámbito sexual y de adaptación social.

? Progresiva incorporación de la adolescencia a la edad pediátrica.

En cualquier caso, García- Onieva y col. consideran que los exámenes sistemáticos de salud son uno de los factores que más han contribuido a mejorar la salud infantil 2.

Esta Revisión parte de la estrategia institucional establecida por el Servicio de Salud de Castilla y León (SaCyL) de incorporación de la evidencia científica a la práctica clínica enfermera mediante la creación de un banco de evidencias en cuidados que sean aplicables a la Cartera de Servicios (CS) de SaCyL.

OBJETIVO: Identificar las evidencias disponibles sobre la frecuencia de control y actividades del PNS. Elaborar recomendaciones para la mejora de la cartera de servicios de SaCyL.

MÉTODO: Se realiza una revisión sistemática de la literatura siguiendo un protocolo estandarizado, desde Septiembre del 2008 a Marzo del 2009. La estrategia de búsqueda formula una pregunta conforme a la pistas de Sackett que sigue el formato PICO (población- niños sanos de 0 a 14 años, intervenciones- número de controles y actividades de la cartera de servicios del SaCyL en el PNS, comparación- número de controles y actividades recomendados por las principales organizaciones y grupos de expertos, y resultados 3, 4. Como criterios de inclusión de los artículos se utilizan los descriptores de ciencias de la salud (DeCS) y medical subject headings (MeSH).

A continuación se realizó una búsqueda sistemática en Bases de Datos Bibliográficas online : Biblioteca Virtual de Salud, MEDLINE, COCHRANE, Investen-Joana Briggs (JBI), CUIDEN, INAHTA, Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias, Guíasalud, SIGN y Guidelines International Network. Se complementó con búsqueda referencial.

Para la inclusión y exclusión de los estudios se tuvieron en cuenta: el tema, el diseño del estudio (revisiones sistemáticas, metanálisis, ensayos clínicos aleatorios, guías de práctica clínica incluyendo carteras de servicios), sin limitación en la fecha de publicación y la aplicabilidad. Los idiomas de los artículos buscados son: español, inglés y portugués.

El análisis y la síntesis de la información se efectúa a través de las listas de chequeo de Critical Appraisal Skills Programme: programa de habilidades en lectura crítica (CASPe) 5 y la lista de chequeo de Hayward y Wilson para GPC. 6 Los artículos que responden a los criterios expuestos son revisados por pares y las discrepancias entre revisores se resuelven mediante consenso. La clasificación según niveles de evidencia y grados de recomendación sigue la estructura de la JBI. 7

RESULTADOS: Se identifican 3896 estudios, de los que se seleccionan 47 que cumplen los criterios indicados, pero tras su lectura crítica, seleccionamos 13.

La mayoría de los programas preventivos surgieron en todo el mundo del consenso de expertos, pero en las últimas décadas se ha realizado un importante número de ensayos controlados y de revisiones sistemáticas con el objetivo de identificar evidencias científicas más sólidas que sostengan las intervenciones preventivas recomendadas en cuanto a quién debe realizarlas, cómo, cuándo y qué debe formar parte de su contenido. 8

El número ideal de controles no se ha establecido y difícilmente llegará a establecerse dadas las dificultades éticas y técnicas para la realización de ensayos controlados con un tamaño de muestra adecuado y largos periodos de seguimiento 8. No existen pruebas de buena calidad para determinar con exactitud el número de visitas necesario para implementar con efectividad el PNS.

Dependiendo de las organizaciones hay una amplia variabilidad en el número de visitas. No hay evidencias nivel I o II sobre el calendario ideal de revisiones del niño sano. El número de revisiones recomendado por grupos o asociaciones de expertos oscilan entre 3 (ampliable con 3) y 20 controles desde el nacimiento a los 14 años, nuestro PNS considera 11. 8, 9, 10, 11, 12, 13

El PNS de SaCyL cumple con el mínimo de revisiones recomendado por las principales organizaciones.

En cuanto a los contenidos, los programas de salud infantil cada vez nos presentan un mayor número de actividades para realizar, pero cuántas de esas actividades están realmente basadas en la evidencia científica? .La mayoría de los PNS, incluyen actividades avaladas por evidencia nivel III siguiendo las recomendaciones de grupos de expertos. Como más recomendadas están: screening de fenilcetonuria e hipotiroidismo, promoción de la lactancia materna, prevención de muerte súbita, promoción de la salud bucodental, diagnóstico precoz de la displasia evolutiva de cadera, vacunaciones y diagnóstico precoz de trastornos del desarrollo psicomotor y físico. 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20

La mayoría de las actividades que se realizan en el PNS de SaCyL, están sustentadas por evidencias de NIII y están dentro de las

más recomendadas.

Algunas actividades, a pesar de ser ampliamente practicadas, no tienen un nivel de evidencia científica suficientemente contrastado que las apoye. Por ejemplo:

? Cribado de la escoliosis idiopática juvenil. No hay suficiente evidencia como para recomendar su inclusión o exclusión en los controles periódicos de salud.

? Cribado de la obesidad. Controvertido también por falta de pruebas de la efectividad a largo plazo de la intervención terapéutica.

? Prevención de la alergia. No hay evidencia suficiente de la efectividad de la prevención primaria ni en grupos de riesgo y ni en la población general. 20

Aunque no era objeto de nuestro estudio, nos hemos encontrado con que en un estudio realizado por Hokelman se demuestra que la efectividad de los controles es independiente de que los mismos sean realizados por un médico o un enfermero específicamente entrenado para las actividades del programa de control del niño sano.

En los países de habla anglosajona el papel de la enfermería es fundamental y se encuentra muy desarrollado en los programas de salud infantil. En España existe gran diversidad en relación al papel de la enfermería 11

DISCUSIÓN: Limitaciones del estudio: búsqueda restringida a castellano, inglés y portugués y a artículos disponibles on-line.

Sorprende el bajo nivel de evidencia que sustenta la mayoría de actividades, quizás por el escaso número de ensayos clínicos existentes. También es cierto, que a veces contiene actuaciones que son bien valoradas por los padres aunque no tengan evidencia científica clara.

La principal implicación para la práctica de nuestro estudio, es que se podría disminuir el número de controles y actividades en el PNS, lo que supondría una rebaja de la carga de trabajo en las consultas de pediatría.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Evidencias científicas en el control del niño sano. Actuaciones realmente necesarias. F.J. Garrido Torrecillas
2. Estructura y desarrollo del programa del niño sano en Galicia J. Sánchez Lastres¹, J. Regueiro Martínez
3. Duarte-Clíments G, Sánchez-Gómez MB. 10 pasos para realizar una revisión sistemática. Vayamos paso a paso.
4. Sackett DL, Richardson VV, Rosenberg W, Haynes RB. Medicina basada en la evidencia: Como practicar y enseñar MBE, York: Churchill Livingstone 1997
5. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. CASPe 2005;
6. Robert S.A. Hayward, Mark C. Wilson, Sean R. Tunis, Eric B. Bass, Gordon Guyatt for the Evidence Based Medicine Working Group. How to Use a Clinical Practice Guideline.
7. The Joanna Briggs Institute. Systematic Reviews-the review process. Level of evidence. Accessed on-line 2006.
8. Colomer Revuelta J y Grupo PrevInfad. ¿Cuántos controles son necesarios en el Programa de Actividades Preventivas? En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2004. Madrid: Exlibris Ediciones, 2004: p. 57-60.
9. What constitutes adequate well-baby care? Hoekelman RA. Pediatrics. 1975 Mar;55(3):313-26.
10. How many well-baby visits are necessary in the first 2 years of life? J. R. Gilbert, W. Feldman, L. S. Siegel, D. A. Mills, C. Dunnett and G. Stoddart Canadian Medical Association Journal,
11. Evidencias científicas en el control del niño sano. Actuaciones realmente necesarias. F.J. Garrido Torrecillas
12. Evidence based well child care. Eugene Dinkevich, Jordan Hupert, Virginia A Moyer, BMJ 2001;323:846-849
13. Recomendaciones sobre actividades preventivas y de promoción de la salud en la infancia y la adolescencia. PrevInfad 2009.
14. Gaps in the Evidence for Well-Child Care: A Challenge to Our Profession. Virginia A. Moyer, MD, MPH and Margaret Butler, BA.
15. Rourke Baby Record. Evidence-based infant/child health maintenance guide.
16. GUIDELINE TITLE. Routine preventive services for children and adolescents (ages 2 - 18).
17. GUIDELINE TITLE. Routine preventive services for infants and children (birth - 24 months).
18. GUIDELINE TITLE. Postnatal care. Routine postnatal care of women and their babies.
19. GUIDELINE TITLE. Preventive services for children and adolescents.
20. Pericas Bosch J y Grupo PrevInfad. ¿Qué actividades preventivas están avaladas por pruebas científicas y en qué grado?
21. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Guide to Clinical

AUTORES/AUTHORS:

LIDIA FRANCÉS RIBERA, PILAR ISLA PERA, MARÍA PALACÍN LOIS, CARMEN LÓPEZ MATHEU, CARMEN SÁNCHEZ VILLALBA, ROSER INSA SORIA, CRISTINA ANGUITA FULLA, ANA GÓMEZ RODRÍGUEZ, EULALIA ARMENGOL CAMPS

TÍTULO/TITLE:

Impacto familiar del diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 en edad infantil

Introducción:

El diagnóstico de una enfermedad crónica es uno de los acontecimientos más estresantes en las familias, especialmente cuando se realiza en un niño o en un adolescente. En los países industrializados, la enfermedad crónica constituye una tragedia porque destruye el estereotipo de persona sana, vigorosa, atlética e independiente. En cierta manera, enfermedad crónica y vejez se asocian porque ambas se oponen al estereotipo, pero cuando el diagnóstico se produce en la infancia o en la adolescencia, el enfermo y la familia reaccionan con mucha incredulidad. En España, la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) tiene una incidencia de 11 casos por 100.000 habitantes y afecta fundamentalmente a niños y personas jóvenes, la mayor parte antes de los 30 años. Ante el diagnóstico de DM1, el enfermo y la familia tienen que afrontar el diagnóstico de una enfermedad incurable que exige, además del tratamiento farmacológico, una forma de vida óptima y saludable que requiere cambios en los patrones culturales.

Es por ello que realizamos este estudio, en el que planteamos el siguiente objetivo: analizar el impacto familiar del diagnóstico de DM1 en la edad infantil.

Método:

Teniendo en cuenta este objetivo y las dimensiones que se querían analizar se ha optado por la metodología cualitativa, ya que reconoce a la persona y a su contexto como los elementos básicos para la comprensión de la realidad, el por qué de los hechos y el significado que las propias personas asignan a sus acciones. El método utilizado ha sido el análisis del discurso como forma de comprender los procesos sociales, bajo la perspectiva teórico-metodológica de la fenomenología. Para la generación de información se ha utilizado uno de los métodos de interlocución grupal, el grupo focal, y para la elección de los participantes se ha utilizado el muestreo opinático. Se han realizado dos sesiones de grupo con un total de 13 participantes, el primer grupo está compuesto por tres parejas y una madre y el segundo grupo por dos parejas y dos madres procedentes de tres Unidades de Diabetes Infantil de los servicios de Pediatría de los Hospitales Sant Joan de Deu, Vall d'Hebrón y Santa Creu i Sant Pau de Barcelona

Resultados:

Los datos de la investigación se han presentado en forma de texto narrativo y posteriormente se ha realizado su análisis siguiendo el esquema propuesto de Miles y Huberman. Se han establecido cinco categorías que han emergido del discurso de los propios padres, y finalmente se han analizado en un mapa de significado. Las categorías resultantes son las siguientes:

1. El debut de la diabetes: esa gran desconocida. La mayoría de los padres manifestaron no tener demasiada información sobre la diabete, y en algunos casos el debut en sus hijos fue el primer contacto con la enfermedad.
?Los primeros días en el hospital tienes la sensación de que te están hablando en otro idioma de lo que te están explicando, porque claro, es que no entiendes nada de lo que te están explicando?.
2. Reacción de los padres ante el diagnóstico de DM1 en su hijo/a. En un primer momento fue de incredulidad, ya que en ningún momento se imaginaron que esto les pudiera llegar a suceder. Una vez aceptado el diagnóstico de la enfermedad sintieron miedo por el futuro de sus hijos, y también manifestaron sentir rabia por haberles tocado a ellos e impotencia por no haber podido evitarlo.

Además, comentaron tener incertidumbre sobre la posibilidad de que la diabetes se pueda repetir en alguno de sus otros hijos. Al respecto los padres hicieron los siguientes comentarios:

?en el primer momento te dicen? Esta gente no tiene ni idea se han equivocado, no te lo crees, buscas información desesperado?

?no puede ser, no puede ser diabético, con ocho años no puede ser?

?Hoy todavía me pregunto que por qué a ella??

?Hemos pasado de ser unos padres a ser el páncreas de Martí, pesamos como un páncreas, no? Hacemos cálculos cada día, pero ya está?.

?Sentí miedo sí, preocupación por lo que les pueda pasar?

?Se nos vino el mundo encima?

?A mi me ha quedado la rabia de decir, por qué?. O sea, tu lo aceptas, lo admites, pero te queda la rabia del por qué a nosotros??

?Es una cosa de mala suerte, que te ha tocado y ya está?

?Yo tengo los otros dos hijos y siempre pienso que me puede volver a pasar, porque es tan fácil que pase?.

3. Reacción de los niños ante el diagnóstico de la DM1. Según los padres sus hijos se han adaptado bastante bien a los cambios en el estilo de vida que ha comportado la diabetes. Hecho que no concuerda con la vivencia que manifiestan tener determinados niños participantes en otra fase del estudio, al analizar los dibujos sobre ?Yo y la diabetes?. Esto podría responder al deseo impetuoso de los padres de que su hijo/a lleve una vida lo más normal posible, que sea como los demás niños y que realice las mismas actividades. En este sentido los padres manifestaron:

?La niña desde el primer momento que le pinché la insulina sin ningún problema, lo ha llevado muy bien, evidentemente ella no quiere tener diabetes, eso está clarísimo, no le gustan las hipoglucemias y bueno? lo de comer, come de todo realmente?

?Él dijo que él tenía que llevar una vida como todo el mundo y que él tenía que hacer la misma vida que los demás. Si a las dos comían, él comía, se hacía su control y todo y siempre ha hecho su vida normal, siempre.?

?Hoy todavía me pregunta que por qué a ella, o sea que mal?

4. Ajustes en la dinámica familiar. La diabetes se percibe como un acontecimiento que ha ocasionado un gran impacto en la vida familiar, puesto que ha generado una ruptura con la vida anterior. Una madre manifiesta:

?nuestro debut, fue nuestro porque fue de todos realmente, quien debuta es la niña pero el resto también debutamos?

?Si que nos ha costado, a mi por ejemplo?. Yo tenía mi trabajo, y claro un niño pequeño no lo puedes dejar así como así, y entonces tuve que dejar mi trabajo?

5. La diabetes se va al colegio El cuidado del niño con DM1 trasciende el hogar y la familia, y se vincula con la escuela, los amigos y el entorno sociocultural. Los padres desean que la DM1 no origine limitaciones en la vida de sus hijos y la mayoría intenta que sus hijos realicen las mismas actividades que el resto de los niños, pero no siempre consiguen la complicidad de los adultos.

?Hacia dos meses que había debuta Martí y se quedaba algunos días a comer a la escuela, y no hubo ningún problema. Tuvimos una reunión, se les hizo una demostración y fue genial?.

?Nosotros en la escuela nos encontramos que la maestra que tenía en P3 había sido monitora de niños diabéticos, y dijimos que suerte! Yo hasta lloraba. Y de repente la niña se queda a comer? viene un inspector que prohíbe a la maestra realizar los controles, e incluso poner la insulina?.

?había una persona que me decía, no le hagas el control delante de los niños que se pueden impresionar?

Conclusiones:

La gran mayoría de los participantes manifiestan no tener conocimientos sobre la diabetes, el debut en sus hijos fue el primer

contacto con la enfermedad. Por otro lado, la reacción que tuvieron los padres ante el diagnóstico de DM1 en sus hijos fue de incredulidad, miedo, rabia, impotencia, incertidumbre y finalmente de aceptación y adaptación a los cambios en el estilo de vida que comporta la diabetes. Gran parte de los padres manifiestan que sus hijos se han adaptado bastante bien a estos cambios. También desencadenó algunos cambios a nivel de la dinámica familiar como el dejar de trabajar de alguno de los padres, así como en la preparación de los alimentos. Finalmente manifiestan haber tenido algunos problemas en la escuela, con los profesores y algunos padres, en cuanto a la realización de controles y la actuación ante determinadas situaciones.

Implicaciones para la práctica clínica

La información obtenida en este estudio nos permite afirmar que, el enfoque cualitativo es la metodología más precisa para obtener información sobre la vivencia que experimentan tanto los niños diagnosticados de DM1 como sus familias. Tener en cuenta estos datos es fundamental para la planificación e implementación de las estrategias de educación para la salud, y con ello mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Canals, J. Salut i malaltia. Consideracions des de l'antropologia social en Sáez, S.; Marqués F.; Isla, P. Promoció i Educació per a la salut. Lleida: Edicions de la Universitat de Lleida; 1995
2. Castell C, Tresserras R, Serra J, Goday A, Lloveras G, Salleras L. Prevalence of diabetes in Catalonia: an oral glucose tolerance test-based population study. *Diab Res Clin Pract* 1999;43:33-40
3. Bimbela Pedrola JL. Cuidando al cuidador. Counseling para médicos y otros profesionales de la salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Publica; 2003.
4. Sudhir PM, Kumaraiah V. Role of family in the management of type-I diabetes: An Indian Experience. *Journal of Clinical Psychology* 2003; 59: 715-722.
5. Stallwood L. Influence of caregiver stress and coping on glycemic control of young children with diabetes. *J Pediatr Health Care* 2005; 19: 293-300.
6. Anderson BJ, Wolfsdorf JI, Jacobson AM. Adaptación psicosocial de los niños con diabetes de tipo 1. En Harold E, Lebovitz MD, editores. *Tratamiento de la Diabetes Mellitus y sus Complicaciones*. 3 ed. Barcelona: American Diabetes Association; 1998. p. 58-66.
7. Arenas Bermúdez, C; Muela Martínez, JA y García León, A. Relación entre adherencia objetiva al tratamiento en la diabetes infantil y variables psicológicas de los cuidadores. *Index enferm [online]*. 2007, vol.16, n.58, pp. 16-20.issn1132-1296.

AUTORES/AUTHORS:

Louise Dumas, Mario Lepage, Ksenia Bystrova, Ann-Marie Widström

TÍTULO/TITLE:

Influence of swaddling and mother/infant separation at birth on mother/infant interaction in the postnatal period

Background:

In Russia and many Asian countries, swaddling and separation of mother and baby at birth are still common care practices. Infants may only meet their mothers at regularly scheduled times for feeding. All infant care is done by staff in a separate nursery.

Objectives:

Study objective was to explore maternal behaviours during a breastfeeding session four days after childbirth and influence of perinatal care routines such as separation and/or swaddling on mother-infant interaction.

Methodology:

This study is part of a longitudinal study looking at the impact of swaddling and/or mother-infant separation at birth. Healthy mother-infant pairs (n = 176) were randomized to four groups according to a two-factor design (infant location and dressing). Dyads were randomized after normal birth of a normal singleton term baby with APGAR 8 at 5 minutes, cephalic birth; mothers experienced healthy pregnancy and no use of analgesia or anesthesia during labour. This strict recruitment lead to only 386 eligible women in a four year period. At time of birth, only 176 of those volunteer mothers were found still eligible for blind randomization into one of 8 consecutive groups.

Videos filmed at day four during a breastfeeding sequence were available for 151 mother-infant dyads (4 withdrew after birth, 19 deviated from randomization in post-partum, 2 videos were not technically suitable for analysis). Videos were analyzed for their visual content only and results were compared to events from the birth randomization. This is what is presented here.

No tool assessing the quality of mother-infant interaction from a visual content was found, so an observation protocol for coding and analyzing the videos was developed and interculturally validated by expert panels. Videos were then assessed for affective quality of predominant behaviours indicative of early mother-infant interaction. Statistical analyses were performed comparing results with birth randomization as to explain impact of birth care practices.

Findings:

Using the described technique for observation of the identified variables, findings indicate that separation and swaddling at birth interfered with mother-infant interaction at day four and that non-separation and skin-to-skin contact at birth had significantly strengthened the interaction. Most importantly these mothers had significantly more gentle maternal behaviours when they supported the infant to latch on to the nipple, showed more general affective movements and more often responded to the baby's cues.

Conclusion:

Swaddling and separation of mother and infant immediately after birth disturb maternal behaviours. There are statistical indications of a sensitive 2 hour period at birth for such perinatal practices.

Implications for practice: Immediate uninterrupted skin-to-skin contact between mother and baby at birth, and rooming-in care during the early post-partum days should be promoted, encouraged, and supported. There are enough evidences to recommend these professional practices with healthy mother/infant dyads, as recommended in the WHO/UNICEF Ten Steps for successful breastfeeding.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bystrova, K, Ivanova, V, Edhborg, M, Widström, A-M et al. (2009). Early contact versus separation: Effects on mother-infant interaction one year later. *Birth*, 36(2), 97-109. Bystrova, K. (2008). Skin-to-skin contact and suckling in early postpartum: Effects on temperature, breastfeeding and mother-infant interaction. A Study in St.Petersburg, Russia. Doctoral thesis from Karolinska Institutet, Department of Mother and Child Health, Stockholm. Bystrova, K, Matthiesen, A-S, Widström, A-M, Ransjö-Arvidson, A-B, et al. (2007a). The effects of Russian maternity home routines on breastfeeding and neonatal weight loss with special reference to swaddling. *Early Human Development*, 83, 29-39. Bystrova, K., Matthiesen, AS, Vorontsov, I., Widström, AM, et al. (2007b). Maternal axillar and breast temperature after giving birth: effects of labour ward practices and relation to infant temperature. *Birth*, 34(4), 291-300. Bystrova, K, Widström, AM, Matthiesen, AS, Ransjö-Arvidson, AB, et al. (2007c). Early lactation performance in primiparous and multiparous women in relation to different Maternity Home practices. A randomised trial in St.Petersburg. *International Breastfeeding Journal*, 2:9, article URL: www.internationalbreastfeedingjournal. Bystrova, K, Widström, AM, Matthiesen, AS, Ransjö-Arvidson, AB, et al. (2003). Skin to skin contact may reduce negative consequences of 'the stress of being born': a study on temperature in newborn infants subjected to different ward routines in St Petersburg. *Acta Paediatrica*, 92:320-326. Dumas, L, Lepage, M, Bystrova, Widström, A-M et al. (2008). Influence of skin-to-skin and rooming-in on early mother-infant interaction: A randomized controlled trial. Submitted. Dumas L, Lepage M & Grondin J (2007). Informal questionnaire on routine perinatal practices in Canada and United States. Unpublished document. Widström, AM (2007). Breastfeeding research update from Karolinska Institutet. Communication within a conference 'Pour faciliter l'allaitement : allier expériences québécoises et suédoises », organized by Louise Dumas and Mario Lepage, Université du Québec en Outaouais, Gatineau, January. Widström, AM, Ransjö-Arvidson, AB, et Christensson, K. (1993). Breastfeeding is baby's choice. Video from Karolinska Institutet, Stockholm.

Mesa de comunicaciones 10: Práctica clínica**Concurrent session 10: Clinical practice****AUTORES/AUTHORS:**

Pilar Jürschik Giménez, Teresa Botigué Satorra, Carmen Nuín Orrio, Antònia Ponsoda Argilés, Silvia Casas Soro, Estefanía Garza Mascaray

TÍTULO/TITLE:

Validación de una escala para detectar riesgo de desnutrición en la gente mayor que vive en la comunidad

OBJETIVOS

General: Conocer la prevalencia de riesgo de desnutrición de las personas de 75 años o más que viven en la ciudad de Lleida y validar una escala de cribado nutricional que sea capaz de identificarlos.

Específicos

? Conocer la prevalencia de desnutrición según tres escalas que valoran el riesgo de la misma: MNA Short Form (MNA-SF), Cuestionario DETERMINE su estado nutricional y Malnutrition Universal Screening Tool (MUST).

? Comparar la relación entre las tres escalas y parámetros antropométricos y escalas de valoración geriátrica.

? Evaluar la validez de criterio de las tres escalas, utilizando como criterios los parámetros antropométricos y las escalas de valoración geriátrica.

? Evaluar la sensibilidad y especificidad de las tres escalas utilizando como gold estándar el MNA total.

MÉTODOS

Ámbito: En población comunitaria.

Diseño: Estudio descriptivo y transversal.

Sujetos: La población de estudio está formada por los individuos de 75 años o más con tarjeta sanitaria y residentes en viviendas familiares, no institucionalizados, en la ciudad de Lleida.

Tamaño de la muestra: Este estudio parte de un estudio más amplio, cuyo tamaño muestral necesario es de 1280 individuos y cuyo muestreo es aleatorio estratificado proporcional a las siete áreas de salud de la ciudad de Lleida. La muestra recogida hasta el momento es de 323 sujetos, que son los que serán evaluados en el presente estudio.

Variables e instrumentos de medida: para la recogida de datos se diseñó un cuestionario que fue rellenado mediante entrevista personal.

? Variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, con quién vive y el total de ingresos mensuales.

? Parámetros antropométricos y bioquímicos: peso, % de peso perdido, índice de peso, talla, IMC, circunferencia de la pantorrilla, circunferencia braquial y el colesterol.

? Escalas de valoración geriátrica:

 Test de Pfeiffer (estado cognitivo): de 0 a 10 errores

 Escala CES-D (depresión): La puntuación total de la escala tiene un rango de 0 a 60, a mayor puntuación más depresión.

 Índice de Katz (ABVD): Incapacidad para la realización de 0 a 6 actividades básicas de la vida diaria

 Índice de Lawton&Brody (AIVD): Incapacidad para la realización de 0 a 8 actividades básicas de la vida diaria

? Escalas de cribado nutricional:

o MNA Short Form (MNA-SF): Forma parte de la versión total del MNA. 12 o más puntos indica normalidad, 11 puntos o menos riesgo de desnutrición.

o Cuestionario DETERMINE su estado nutricional: Puntuación ≤ 2 sin riesgo, de 3 a 5 riesgo moderado y ≥ 6 riesgo

alto. Para su dicotomización, se consideró 0; 2 sin riesgo y 3 riesgo de desnutrición.

o Malnutrition Universal Screening Tool (MUST): Si la puntuación es 0 se considera sin riesgo, si es 1 riesgo medio y 2 o más riesgo alto de desnutrición. Para la dicotomización, se consideró 0 sin riesgo y 1 riesgo de desnutrición.

o Mini Nutritional Assessment (MNA): Gold estándar. Puntuación superior a 24 buen estado nutricional, 17 a 23,5 riesgo de desnutrición y inferior a 17 desnutrición. Para la dicotomización se consideró sin riesgo; 24 puntos y con riesgo < de 23,5 puntos.

Análisis estadístico: Las prevalencias de riesgo de desnutrición se analizaron mediante la prueba de X^2 . Para el estudio de la diferencia de medias se utilizó la prueba de t-student. El análisis de la validez relativa al criterio fue estimada mediante la correlación de Pearson (r). Para el análisis de la sensibilidad y especificidad de las tres escalas se utilizó el MNA total como gold estándar. En todos los casos se consideraron significativos los valores de $p < 0,05$. Los análisis se realizaron con la ayuda del programa SPSS v. 17.

RESULTADOS

? La muestra total estudiada fue de 323 individuos, 42,4% hombres y 57,6% mujeres con una media de edad de 81,5 años (DE: 4,4).

? La prevalencia de riesgo de desnutrición según el MNA fue del 12,7%, según el MNA-SF del 15%, según el MUST del 15,4% y según el DETERMINE del 29,4%.

? En la comparación de medias de los parámetros nutricionales y las escalas de valoración geriátrica según las categorías dicotomizadas de escalas de cribado, se ha podido observar que existen diferencias significativas entre la mayoría de las medias de los parámetros nutricionales y todas las medias de las escalas de valoración geriátrica, encontrándose más bajas en los individuos catalogados en riesgo de desnutrición según el MNA-SF. Solo aparecen diferencias significativas entre las medias de las escalas de valoración geriátrica según el DETERMINE y dicha significación se observa en los parámetros nutricionales y en la escala de Pfeiffer en el MUST.

? La media del total de la escala MNA según las categorías de las tres escalas de cribado nutricional fue inferior en los individuos que se encontraban en situación de riesgo de desnutrición, observándose que el MNA-SF fue el único que cumplió con los criterios de categorización del MNA total.

? La correlación entre las puntuaciones de los parámetros nutricionales y escalas de valoración geriátrica con las tres escalas de cribado nutricional mantiene las mismas significaciones que las observadas en la comparación de medias.

? Las correlaciones en relación al MNA fueron: con el MNA-SF de 0,80, con el DETERMINE de 0,46 y con el MUST de 0,37.

? El MNA-SF obtuvo una sensibilidad del 70% y una especificidad del 92,9%, el DETERMINE del 62,5% y del 75,5% y el MUST, del 34,2% y del 88,2%, respectivamente.

DISCUSIÓN

Prevalencia de riesgo de desnutrición según cada escala de cribado nutricional

Según el MNA, la prevalencia de riesgo de desnutrición fue de 12,7%. Esta cifra es similar a la encontrada en un estudio realizado previamente en Lleida en población comunitaria (1). La prevalencia según la escala MNA-SF fue del 15%, encontrándose en otros estudios del 9% (2). La prevalencia de riesgo de desnutrición evaluada mediante el MUST fue del 15,4%, siendo esta cifra similar a otro estudio realizado por Harris y cols en Gales (3). La prevalencia según el DETERMINE fue de casi el doble. Este hecho se ha

podido constatar en otros estudios que también han comparado diversas escalas de cribado nutricional como es el realizado en Dinamarca por Beck y cols (4) en el que se obtiene un riesgo de desnutrición según el DETERMINE del 70% y según el MNA del 21,6% y en el estudio SENECA (5), del 89% y del 45% respectivamente.

Evaluación de las pruebas de cribado nutricional

Diversos estudios han utilizado el DETERMINE para comprobar el riesgo de desnutrición (6-7). Entre las ventajas están que no es necesario la realización de medidas antropométricas, permite que el propio individuo rellene los resultados y que sea muy rápida su aplicación (1-2 minutos). Dicha escala fue diseñada para la población norteamericana, siendo validada sobre una muestra representativa de personas no institucionalizadas de 70 años o más en Nueva Inglaterra no teniéndose la seguridad de que el sistema de puntuación se adapte a las poblaciones europeas (5). A pesar de ser una escala que permitiría llegar a toda la población por su sencillez, según los resultados de este estudio, el hecho de que no obtenga significación con los parámetros nutricionales de referencia hace dudar sobre su eficacia, a pesar de obtener una sensibilidad y especificidad aceptable. En esta línea, otros autores concluyen que no es una herramienta adecuada para el uso en personas mayores (8).

El MUST es una prueba fácil y rápida de realizar. Uno de los inconvenientes es que la escala fue diseñada para su utilización en personas adultas (9). Considera riesgo de desnutrición un IMC inferior a 20 kg/m². Este hecho se contradice con las ideas actuales de que las personas de edad avanzada con un IMC inferior a 22, ya se consideran en riesgo de desnutrición. A pesar de ello, en el presente estudio se ha podido observar que la prevalencia de riesgo de malnutrición es similar que la encontrada en el MNA-SF. Aunque muestra una buena especificidad, la sensibilidad es baja lo que puede hacer pensar que no es una escala muy específica para detectar a los pacientes con riesgo de desnutrición.

El MNA-SF fue diseñado para ser un instrumento rápido, económico y no invasivo para el monitoreo nutricional de las personas mayores. Este estudio muestra que dicha escala se relaciona con todos los parámetros nutricionales y con las escalas de valoración geriátrica estudiadas. Presenta una buena sensibilidad y especificidad, aunque este hecho se ha de definir con cautela ya que ha sido utilizado como gold estándar, al igual que otros autores (8-9), el MNA total.

Teniendo en cuenta los criterios utilizados en el presente trabajo para la validación de las diferentes escalas, se podría entrever que el MNA-SF es la que mejores resultados ha obtenido. Algunos estudios publicados por el momento, sugieren, al igual que nosotros, la utilidad de la versión corta del MNA (8,10), aunque se necesitan en este sentido más estudios que refuercen esta hipótesis. En este sentido, nuestro grupo de investigación está actualmente ampliando la recogida de datos, con lo que podremos dar datos más fiables sobre cual es la escala de valoración de riesgo nutricional más adecuada en nuestra comunidad.

Estamos de acuerdo con Lyne y Prowse (11) que la validación de instrumentos de cribado nutricional no es fácil. Sin embargo, en una era basada en la evidencia de la práctica es importante que vayan acompañados de una buena calidad de evaluación de la fiabilidad, validez, sensibilidad y especificidad.

Implicaciones para la práctica

Este estudio pretende conocer qué herramienta de cribado es más útil para la valoración de enfermería del riesgo nutricional en las personas mayores de nuestra comunidad. La valoración es el primer paso del proceso de enfermería en el cual el profesional debe llevar a cabo una evaluación completa y holística de las necesidades de cada paciente. Es importante contar con instrumentos de

valoración enfermera dentro de la valoración geriátrica integral complementado con cuestionarios y escalas validadas que permitan detectar las necesidades del adulto mayor y planificar los cuidados correspondientes. Las escalas de cribado nutricional como herramientas preventivas, prácticas, sencillas y fiables, permiten conocer el riesgo de desnutrición, ayudan a la unificación de criterios de los profesionales a la hora de atender a los pacientes y prestar los mismos servicios de calidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Jurschik P, Torres J, Sola R, Nuin C, Botigue T. Nutritional status of Catalonia s elderly people with different health care needs. Arch.Latinoam.Nutr. 2009 Mar;59(1):38-46.
- (2) Tur JA, Colomer M, Monino M, Bonnin T, Llompart I, Pons A. Dietary intake and nutritional risk among free-living elderly people in Palma de Mallorca. J.Nutr.Health Aging 2005 Nov-Dec;9(6):390-396.
- (3) Harris DG, Davies C, Ward H, Haboubi NY. An observational study of screening for malnutrition in elderly people living in sheltered accommodation. J.Hum.Nutr.Diet. 2008 Feb;21(1):3-9; quiz 10-2.
- (4) Beck AM, Ovesen L, Osler M. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and the Determine Your Nutritional Health Checklist (NSI Checklist) as predictors of morbidity and mortality in an elderly Danish population. Br.J.Nutr. 1999 Jan;81(1):31-36.
- (5) De Groot LC, Beck AM, Schroll M, van Staveren WA. Evaluating the DETERMINE Your Nutritional Health Checklist and the Mini Nutritional Assessment as tools to identify nutritional problems in elderly Europeans. Eur.J.Clin.Nutr. 1998 Dec;52(12):877-883.
- (6) Marshall JA, Lopez TK, Shetterly SM, Morgenstern NE, Baer K, Swenson C, et al. Indicators of nutritional risk in a rural elderly Hispanic and non-Hispanic white population: San Luis Valley Health and Aging Study. J.Am.Diet.Assoc. 1999 Mar;99(3):315-322.
- (7) Coulston AM, Craig L, Voss AC. Meals-on-wheels applicants are a population at risk for poor nutritional status. J.Am.Diet.Assoc. 1996 Jun;96(6):570-573.
- (8) Charlton KE, Kolbe-Alexander TL, Nel JH. The MNA, but not the DETERMINE, screening tool is a valid indicator of nutritional status in elderly Africans. Nutrition 2007 Jul-Aug;23(7-8):533-542.
- (9) Stratton RJ, Hackston A, Longmore D, Dixon R, Price S, Stroud M, et al. Malnutrition in hospital outpatients and inpatients: prevalence, concurrent validity and ease of use of the malnutrition universal screening tool (MUST) for adults. Br.J.Nutr. 2004 Nov;92(5):799-808.
- (10) Shahar S, Hussain SS. Validations of nutritional screening tools against anthropometric and functional assessments among elderly people in Selangor. Mal J Nutr 2007;13(1):24-44.
- (11) Lyne PA, Prowse MA. Methodological issues in the development and use of instruments to assess patient nutritional status or the level of risk of nutritional compromise. J.Adv.Nurs. 1999 Oct;30(4):835-842.

AUTORES/AUTHORS:

Miguel Angel Bascuñana Ocaña, Coral Olmo Martínez, Ana De Las Heras Mayordomo, Adoración Romero Sáiz, Fernando Salcedo Aguilar, Jorge Lema Bartolomé

TÍTULO/TITLE:

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN DIABETES. ¿NO LA HACEMOS O NO LA REGISTRAMOS?

INTRODUCCIÓN:

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica de alta prevalencia, con un alto coste personal, económico y social y un gran impacto sanitario, determinado por el desarrollo de complicaciones agudas y crónicas que producen una disminución de la calidad y la esperanza de vida de los pacientes diabéticos. Se calcula que el 5,1% de la población adulta padece diabetes en la actualidad y que aumentará a 6,3% en 2025.

Se cree que el estilo de vida, que incluye dietas con alto contenido de grasas saturadas y una disminución de la actividad física junto a un incremento en la longevidad son los principales factores del dramático aumento de la diabetes tipo 2.

Es fundamental para controlar la diabetes que el paciente adopte habilidades de autocuidado (WHO 1998), que incluyen una adecuada ingesta nutricional y la modificación del estilo de vida como pilares del tratamiento de la diabetes tipo 2.

La Educación para la Salud (EPS) y el apoyo efectivos son necesarios para brindar a las personas los conocimientos, habilidades, actitudes y motivación necesarios para controlar la diabetes de forma efectiva (St. Vicent Join Force for Diabetes, DoH/Diabetes UK 1995). El informe de la Organización Mundial de la Salud (WHO 1998) sobre educación del paciente reconoce la importancia de la Educación centrada en el paciente (o grupo de pacientes y sus familiares) para ayudar al control de la enfermedad y prevenir complicaciones evitables, al mismo tiempo que mantiene y mejora la calidad de vida.

La consulta programada de Enfermería de Atención Primaria, tanto por las competencias del profesional como por la accesibilidad a los pacientes, es un lugar privilegiado donde prestar Educación para la Salud y conseguir dichos objetivos.

OBJETIVOS:

Nos planteamos conocer el grado de registro de las actividades de Educación para la Salud (EpS) en pacientes diabéticos tipo 2 en el Área de Salud de Cuenca.

AMBITO:

Atención Primaria. Área de Salud de Cuenca.

DISEÑO:

Estudio observacional descriptivo transversal.

PARTICIPANTES:

Se hizo un muestreo polietápico por conglomerados. En una primera fase se seleccionaron 13 de los 37 Centros de Salud de la provincia asegurando la representación de centros grandes y pequeños (más y menos de 6 Unidades Básicas de Asistencia (UBAs) por Centro); rurales y urbanos y con una distribución geográfica representativa del Área.

En la segunda fase, se seleccionaron 50 historias clínicas de cada UBA, por muestreo sistemático con arranque aleatorio, a partir del listado de pacientes con DM2 de cada UBA. Finalmente, se seleccionaron 2970 historias clínicas.

VARIABLES:

El periodo de análisis fue el año 2006. Se recogieron las siguientes variables:

- sociodemográficas: edad, sexo, estudios, etc.
- de proceso en el seguimiento de la DM2: número de controles de glucemia, tipo de tratamiento
- de resultado: hemoglobina glicada (Hb A1C), control de factores de riesgo cardiovascular asociados, complicaciones de la DM2, etc.

Se estableció como criterio de calidad que los consejos sobre dieta y ejercicio físico y la adherencia al tratamiento o las recomendaciones higiénico dietéticas estuvieran registradas al menos en 4 ocasiones al año.

ANÁLISIS:

Se estimaron los parámetros poblacionales con sus respectivos intervalos de confianza y se utilizó la chi cuadrado para comparación de proporciones.

RESULTADOS:

De las 2970 historias clínicas seleccionadas, 82 fueron excluidas por exitus, diagnóstico posterior a la fecha de inicio del estudio o abandono del seguimiento (tasa de pérdidas = 2,76%). Se revisaron un total de 2888 historias de pacientes con DM2, con una media de edad de 70,1 años (DE=11,6), de los que un 54,3% fueron mujeres (IC 95% 52,4-56,1). El 12,8% (IC 95% 11,4-14,3) eran fumadores. La proporción de pacientes con buen control metabólico (HbA1C<7) fue del 45,1%.

En el 58,7% (IC 95% 56,9-60,5) de las historias no consta consejo sobre dieta ni en el 59,3% (IC 95% 57,5-61,1) sobre ejercicio físico.

En el 57,8% (IC 95% 51,5-64) de los fumadores no consta consejo antitabaco. En el 64,6% (IC 95% 62,6-66,5) no hay referencias en la historia a la adherencia al tratamiento farmacológico ni en el 65,5% (IC 95% 63,8-67,3) a la adherencia a las recomendaciones dietéticas.

La proporción de historias en las que estaba registrado al menos en cuatro ocasiones durante el año en estudio cada una de las recomendaciones es el siguiente: dieta 7,3% (IC 95% 6,3-8,3); ejercicio 7,1% (IC 95% 6,1-8,1); adherencia al tratamiento farmacológico 9% (IC 95% 7,8-10,2); adherencia a recomendaciones sobre dieta 7,4% (IC 95% 6,5-8,4); y adherencia a recomendaciones sobre ejercicio 7,2% (IC 95% 6,3-8,2).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el registro de las diferentes recomendaciones de EPS en función del control de diabetes.

DISCUSION Y CONCLUSIONES:

El grado de registro y/o realización de las actividades de EPS es muy bajo. Al tratarse de un estudio observacional retrospectivo no podemos conocer en que medida no se realizan estas actividades o se realizan y no se registran. Creemos que estas actividades se realizan con mayor frecuencia de lo que se registran, pero un axioma básico en la asistencia clínica es que ¿lo que no se registra, no se hace?. Por tanto, ésta es una importante área de mejora que debería ser trabajada desde las estructuras de gestión y asumida como propia por los profesionales.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA:

Dado que una de las características del trabajo en Atención Primaria es el abordaje multidisciplinar, la ausencia de registro de las actividades de EPS puede dificultar el seguimiento de los pacientes y distorsiona la evaluación del trabajo enfermero.

La importancia de las actividades de EPS para el colectivo enfermero hace necesario insistir no sólo en la realización de las mismas sino en su registro sistemático. Hay estudios que han demostrado que la realización de audits con la subsiguiente implementación de medidas correctoras pueden mejorar el manejo de los pacientes con diabetes en Atención Primaria (Varroud-Vial et cols, 2001).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes?2008. Diabetes Care. Vol 31, sup 1, January 2008. Segovia
Pérez C. et al. Control metabólico de la diabetes mellitus en relación con la calidad de las historias clínicas. Aten Primaria.
2000;26(10): 47-56 Ortiz Tabarra MT, Orozco Beltrán D, Gil Guillén V, Terol Moltó C. Frecuentación y grado de control del paciente
diabético tipo 2. Aten Primaria. 2008;40(3):139-44 Díaz Díaz JM et al. Normas técnicas mínimas y control metabólico de la diabetes
en un centro de salud. Medifam. 1996: 6(6):73-81 Programa de prevención de enfermedades cardiovasculares en Atención Primaria.
Dirección General de Atención Sanitaria del SESCAM. Consejería de Sanidad. Toledo 2004.

AUTORES/AUTHORS:

Ana De Las Heras Mayordomo, Miguel Angel Bascuñana Ocaña, Coral Olmo Martínez, Jorge Lema Bartolomé, Adoración Romero Sáiz, Fernando Salcedo Aguilar

TÍTULO/TITLE:

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN DIABETES. ¿NO LA HACEMOS O NO LA REGISTRAMOS?

INTRODUCCIÓN:

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica de alta prevalencia, con un alto coste personal, económico y social y un gran impacto sanitario, determinado por el desarrollo de complicaciones agudas y crónicas que producen una disminución de la calidad y la esperanza de vida de los pacientes diabéticos. Se calcula que el 5,1% de la población adulta padece diabetes en la actualidad y que aumentará a 6,3% en 2025.

Se cree que el estilo de vida, que incluye dietas con alto contenido de grasas saturadas y una disminución de la actividad física junto a un incremento en la longevidad son los principales factores del dramático aumento de la diabetes tipo 2.

Es fundamental para controlar la diabetes que el paciente adopte habilidades de autocuidado (WHO 1998), que incluyen una adecuada ingesta nutricional y la modificación del estilo de vida como pilares del tratamiento de la diabetes tipo 2.

La Educación para la Salud (EPS) y el apoyo efectivos son necesarios para brindar a las personas los conocimientos, habilidades, actitudes y motivación necesarios para controlar la diabetes de forma efectiva (St. Vicent Join Force for Diabetes, DoH/Diabetes UK 1995). El informe de la Organización Mundial de la Salud (WHO 1998) sobre educación del paciente reconoce la importancia de la Educación centrada en el paciente (o grupo de pacientes y sus familiares) para ayudar al control de la enfermedad y prevenir complicaciones evitables, al mismo tiempo que mantiene y mejora la calidad de vida.

La consulta programada de Enfermería de Atención Primaria, tanto por las competencias del profesional como por la accesibilidad a los pacientes, es un lugar privilegiado donde prestar Educación para la Salud y conseguir dichos objetivos.

OBJETIVOS:

Nos planteamos conocer el grado de registro de las actividades de Educación para la Salud (EpS) en pacientes diabéticos tipo 2 en el Área de Salud de Cuenca.

AMBITO:

Atención Primaria. Área de Salud de Cuenca.

DISEÑO:

Estudio observacional descriptivo transversal.

PARTICIPANTES:

Se hizo un muestreo polietápico por conglomerados. En una primera fase se seleccionaron 13 de los 37 Centros de Salud de la provincia asegurando la representación de centros grandes y pequeños (más y menos de 6 Unidades Básicas de Asistencia (UBAs) por Centro); rurales y urbanos y con una distribución geográfica representativa del Área.

En la segunda fase, se seleccionaron 50 historias clínicas de cada UBA, por muestreo sistemático con arranque aleatorio, a partir del listado de pacientes con DM2 de cada UBA. Finalmente, se seleccionaron 2970 historias clínicas.

VARIABLES:

El periodo de análisis fue el año 2006. Se recogieron las siguientes variables:

- sociodemográficas: edad, sexo, estudios, etc.
- de proceso en el seguimiento de la DM2: número de controles de glucemia, tipo de tratamiento
- de resultado: hemoglobina glicada (Hb A1C), control de factores de riesgo cardiovascular asociados, complicaciones de la DM2, etc.

Se estableció como criterio de calidad que los consejos sobre dieta y ejercicio físico y la adherencia al tratamiento o las recomendaciones higiénico dietéticas estuvieran registradas al menos en 4 ocasiones al año.

ANÁLISIS:

Se estimaron los parámetros poblacionales con sus respectivos intervalos de confianza y se utilizó la chi cuadrado para comparación de proporciones.

RESULTADOS:

De las 2970 historias clínicas seleccionadas, 82 fueron excluidas por exitus, diagnóstico posterior a la fecha de inicio del estudio o abandono del seguimiento (tasa de pérdidas = 2,76%). Se revisaron un total de 2888 historias de pacientes con DM2, con una media de edad de 70,1 años (DE=11,6), de los que un 54,3% fueron mujeres (IC 95% 52,4-56,1). El 12,8% (IC 95% 11,4-14,3) eran fumadores. La proporción de pacientes con buen control metabólico (HbA1C<7) fue del 45,1%.

En el 58,7% (IC 95% 56,9-60,5) de las historias no consta consejo sobre dieta ni en el 59,3% (IC 95% 57,5-61,1) sobre ejercicio físico.

En el 57,8% (IC 95% 51,5-64) de los fumadores no consta consejo antitabaco. En el 64,6% (IC 95% 62,6-66,5) no hay referencias en la historia a la adherencia al tratamiento farmacológico ni en el 65,5% (IC 95% 63,8-67,3) a la adherencia a las recomendaciones dietéticas.

La proporción de historias en las que estaba registrado al menos en cuatro ocasiones durante el año en estudio cada una de las recomendaciones es el siguiente: dieta 7,3% (IC 95% 6,3-8,3); ejercicio 7,1% (IC 95% 6,1-8,1); adherencia al tratamiento farmacológico 9% (IC 95% 7,8-10,2); adherencia a recomendaciones sobre dieta 7,4% (IC 95% 6,5-8,4); y adherencia a recomendaciones sobre ejercicio 7,2% (IC 95% 6,3-8,2).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el registro de las diferentes recomendaciones de EPS en función del control de diabetes.

DISCUSION Y CONCLUSIONES:

El grado de registro y/o realización de las actividades de EPS es muy bajo. Al tratarse de un estudio observacional retrospectivo no podemos conocer en que medida no se realizan estas actividades o se realizan y no se registran. Creemos que estas actividades se realizan con mayor frecuencia de lo que se registran, pero un axioma básico en la asistencia clínica es que ¿lo que no se registra, no se hace?. Por tanto, ésta es una importante área de mejora que debería ser trabajada desde las estructuras de gestión y asumida como propia por los profesionales.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA:

Dado que una de las características del trabajo en Atención Primaria es el abordaje multidisciplinar, la ausencia de registro de las actividades de EPS puede dificultar el seguimiento de los pacientes y distorsiona la evaluación del trabajo enfermero.

La importancia de las actividades de EPS para el colectivo enfermero hace necesario insistir no sólo en la realización de las mismas sino en su registro sistemático. Hay estudios que han demostrado que la realización de audits con la subsiguiente implementación de medidas correctoras pueden mejorar el manejo de los pacientes con diabetes en Atención Primaria (Varroud-Vial et cols, 2001).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

M Varroud-Vial, G Charpentier, L Vaur, JR Attali, N Balarac, P Cervantes, L Kleinebreil, C Levy-Marchal, P Preiss, C Weisselberg, E Eschwege. Effects of clinical audit on the quality of care in patients with type 2 diabetes: results of the diabest pilot study. *Diabetes Metab (Paris)* 2001; 27: 666-674. ER Lenz, MO Munding, SC Hopkins, SX Lin, JL Smolowitz. Diabetes care processes and outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians. *The Diabetes Educator* 2002; 4: 591-598. UK prospective diabetes study (UKPDS) group. Intensive Blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications. *Lancet*, 1998;352:837-853. World Health Organisation. Therapeutic Patient Education: continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. Report of a WHO Working Group 1998. Keen H,

Alberti KGMM, Alexander WD, Betts P, Burden AC, Edmonds ME et al. Diabetes in the United Kingdom. 1996. A British Diabetic Association Report 1995. UK Prospective Diabetes Study 7: Response of fasting plasma glucose to diet therapy in newly presenting type II diabetic patients. *Metabolism*, September 1990, vol. 39, No 9: pp 905-912. A Brown. Studies of educational interventions and outcomes in diabetic adults: a meta-analysis revisited. Patient education and counseling. 1190;16:180-215. American Diabetes Association: Standards of medical care for patient with diabetes mellitus (position statement) *Diabetes Care*, 2001;24:533-543.

AUTORES/AUTHORS:

M^ª ANGELES CIDONCHA MORENO, CARMEN GISTAU TORRES, CRISTINA LLANOS VAZQUEZ, IDOIA BEISTEGUI ALEJANDRE, CRISTINA LOPEZ BARRUSO, MIREN LETONA ARAMBURU, PILAR ECHARTE VILLALPANDO, CAMINO CAMPO MARTINEZ, ANA M^ª CORDERO LAZARO

TÍTULO/TITLE:

SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN SANITARIA: ANÁLISIS DE LAS CAÍDAS PRODUCIDAS EN EL AÑO 2008

INTRODUCCION

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.

OBJETIVO

Analizar las características de las personas que sufren caídas y en qué contextos se producen

METODOS

? Estudio observacional retrospectivo

? Población a estudio: pacientes ingresados durante el año 2008 en el Hospital que sufrieron una caída mientras estuvieron ingresados (todas las unidades de hospitalización incluida UCI)

? Los datos se recogen a través de los registros que se realizan en el programa informático de cuidados de enfermería Zaineri.

? Variables a estudio: Edad, sexo, planta donde se produce la caída, días de estancia previos al suceso, lesión producida, mes y turno de trabajo en la que se produce la caída.

RESULTADOS

Durante el año 2008 se producen 156 caídas lo que supone un índice del 0,80%

La edad media de las personas que sufrieron una caída fue de 66,72 años, con una desviación típica de 17,299y con una moda de 76 años.

El trimestre en el que más personas se caen es el 3er trimestre del año (meses de Julio, Agosto y Septiembre).

El pabellón médico es el lugar dónde más se caen, siendo la planta de psiquiatría y la de cardiología-neurología las unidades donde más caídas se producen.

Por sexos se observa que el 56,4% de las personas que sufren esos eventos son hombres.

Se observa en las caídas que se analizan que el 37,8% de las personas pertenecen al grupo de edad de hasta 65 años.

El turno de trabajo con un porcentaje mayor de caídas es el nocturno con el 42,3%. El 60,9% de las caídas se producen en la habitación y el 75% se producen cuando la persona está sola.

El 32,8% de las lesiones se producen en la cabeza-frente y el 19,4% en el codo-brazo.

Estos accidentes producen lesión en un 42,9%, siendo la más frecuente la erosión o herida en el 46,3%, seguida por la contusión.

El 29,5% de las caídas se producen en pacientes que llevan 3 días o menos ingresados en el Hospital.

DISCUSION

Hasta la fecha de realización del estudio principalmente se incidía en aspectos intrínsecos de los pacientes que eran los que se valoraba (nivel de conciencia, incontinencia, movilidad, etc.) y aparecían en los planes de cuidados. Tras este estudio, en los planes de cuidados de los pacientes deben aparecer actividades que tengan en cuenta tanto aspectos intrínsecos, como extrínsecos (relacionados con el entorno sanitario) y que inciden en el riesgo de sufrir una caída.

Es importante conocer las circunstancias en que se producen las caídas para instaurar estrategias de prevención que permitan

aumentar la calidad de la atención dispensada en los hospitales

Conocer aspectos relacionados con los accidentes permitirá establecer planes de mejora según los resultados y los problemas identificados, así como planes de formación tendentes a cubrir las necesidades de conocimientos lo que ayudará a proveer unos cuidados seguros, de calidad, potenciándose una cultura de seguridad en la organización.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Osakidetza. Servicio vasco de salud. Protocolo de valoración y medidas de prevención a pacientes adultos con riesgo de caídas en la atención hospitalaria de Osakidetza. 2009 - Rodríguez Rieiro C, Velasco Gago MC, Chacón García A, Izquierdo Membrilla I, Sanchidrián de Blas C, Rodríguez Pérez P. Caídas en el hospital: registro del año 2005. Rev Calidad asistencial. 2007; 22(3): 128-132

AUTORES/AUTHORS:

Zuila Maria de Figueiredo Carvalho, Juan José Tirado Darder, Francisco Vicente Mulet Falco, Antonio José Nuñez Hernández, Maria Corina Amaral Viana

TÍTULO/TITLE:

Prevención de las Úlceras por Presión: conocimiento de familiares y cuidadores

Objetivo: Evaluar el conocimiento sobre los factores de riesgo, y la prevención de las úlceras por presión, en la perspectiva de los familiares y cuidadores de personas con lesión medular en el domicilio.

Método: Se trata de un estudio con abordaje cuantitativo del tipo descriptivo transversal. la muestra consistió en 40 personas. El instrumento utilizado en la recogida de datos, fue un cuestionario elaborado con 17 preguntas y la aplicación se hizo durante los meses de agosto a noviembre de 2008, después de la firma del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido. El análisis estadístico, fue hecho en el programa SPSS versión 13.0, los resultados analizados de forma descriptiva y presentados por medio de tablas y cuadros.

Resultados: El estudio muestra la familia es un elemento esencial en la prevención de las úlceras por presión en un 92,5%, las úlceras, son un indicador de la calidad de los cuidados prestados en un 85,0%, un paciente que se encuentra encamado, tiene más probabilidad de desarrollar la úlcera por presión que uno que no está, una persona con lesión medular, que se mantiene entre, 2-4 horas en la misma posición, desarrollará úlcera por presión y los pacientes que presentan mayor riesgo de úlcera por presión son los encamados, parapléjicos y ancianos con un 75,0% respectivamente. En el aspecto del conocimiento de los familiares y cuidadores, sobre la prevención de las úlceras por presión, hubo una totalidad de aciertos para el ítem ¿Los pacientes y familiares deben ser orientados en cuanto a la causa y factores de riesgo para el desarrollo de la úlcera por presión? con un 100,0% y ¿La piel limpia y seca evita la úlcera por presión?, en un 70,0%. En relación a los errores de los preguntados, los ítems mas llamativos fueron, ¿Todos los individuos de riesgo para úlceras por presión, deben tener una inspección sistemática de la piel por lo menos una vez por semana?, con un 92,5%, ¿La sábana móvil o forro debe ser utilizado para transferir o mover pacientes? en un 85,0% y ¿Para la persona que tienen incontinencia, la limpieza de la piel debe ocurrir en el momento de ensuciarse y en los intervalos de rutina? en un 77,5%.

Discusión y implicaciones para la práctica clínica:Efectuando un análisis sobre el conocimiento de los familiares y cuidadores, acerca de los factores de riesgo y aspectos de la prevención de las úlceras por presión en personas portadoras de lesión medular, algunos aspectos importantes necesitan ser resaltados: El alto índice de aciertos sobre los factores de riesgos, evidencian que los familiares y cuidadores, poseen buenos conocimientos. Pero, la gran incidencia de errores, acerca de las medidas de prevención de las úlceras por presión, muestran que familiares y cuidadores, no poseen conocimiento adecuado sobre tales medidas. Los resultados obtenidos, nos lleva pensar en la necesidad de desarrollar trabajos de orientación en el domicilio con vistas a la prevención de esta complicación tan común en las personas con paraplegia. Esa investigación muestra, que es imprescindible la evaluación del conocimiento de los familiares y cuidadores, para ayudar en el cuidar/cuidado en el domicilio de las personas parapléjica.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Aquilani R. Prevalence of decubitus ulcer and associated risk factors in na institutionalized Spanish elderly population. Nutrition. 18(5): 437-438, 2002.
2. Blanes, L; Duarte, I.S; Calil, J.A; Ferreira, L.M. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo. Rev Assoc Med Bras. 2004; 50:182-7.
3. Carvalho LS de, Ferreira, Suiane Costa; Silva, Cátia Andrade; Santos, Ana Carla Petersen de Oliveira; Regebe, Célia Maria Costa. Concepções dos acadêmicos de enfermagem sobre prevenção e tratamento de úlceras de pressão. Rev. baiana saude publica;31(1):77-89, jan.-jun. 2007
4. Rocha JA, Miranda MJ, Andrade MJ. Abordagem terapêutica das úlceras de pressão - Intervenções baseadas na evidência. Acta Med Port

2006; 19: 29-38. 5. Torrente, R.R.; Casanova, P.L.; Soriano, J.V. Conocimiento del equipo de enfermería sobre los aspectos relacionados con las úlceras por presión en un centro sociosanitario. In: I Congreso de Enfermería Sociosanitaria de la Comunidad Valenciana. Alicante: IMTEXMA, 2004.

AUTORES/AUTHORS:

M^º Angeles Rúa Portu, Lourdes Albizuri Amillategui, Estibaliz Gamboa Moreno, Osane Dorronsoro Barandiaran

TÍTULO/TITLE:

INCIDENCIA DE ACCIDENTES EN UN CENTRO DE SALUD DE DONOSTIA

INTRODUCCIÓN

Los accidentes constituyen la cuarta causa de muerte en la Unión Europea (U.E.) después de las enfermedades de corazón, cáncer y las enfermedades cardiovasculares, siendo un 5% de las defunciones totales. Por su parte, los accidentes son responsables de gran cantidad de muertes prematuras, ya que son la primera causa de muerte entre los menores de 35 años.

Ante esta situación las sociedades modernas han elaborado una serie de herramientas estadísticas entre las que cabe destacar las referidas a los accidentes de tráfico, accidentes laborales, defunciones, morbilidad, etc. según la Encuesta Nacional de Salud que describe y analiza la accidentalidad y mortalidad de la población, entre otros aspectos, por diferentes causas o motivos.

Sin embargo, las lesiones relacionadas con las actividades domésticas y de ocio, es decir, aquellas que acaecen durante la ejecución de las actividades no remuneradas que hoy en día ocupan gran parte del tiempo de las personas, estaban poco estudiadas en cuanto al lugar, número, tiempo, secuelas y repercusión sanitaria que producen.

Con el objetivo de reducir la incidencia de las lesiones, especialmente provocadas por accidentes domésticos y actividades de tiempo libre y/o ocio, se elaboraron por parte de la Comisión Europea diferentes normativas. Estas normas van encaminadas a promover un seguimiento epidemiológico de las lesiones de un sistema comunitario, un intercambio de información para determinación de prioridades y estrategias de prevención, asegurar la complementariedad de actividades emprendidas de forma aislada, contribuir a un mejor conocimiento y comprensión de la prevención de las lesiones.

Los accidentes constituyen en la actualidad uno de los problemas relevantes de salud pública además de representar uno de los motivos más importantes de mortalidad y costes humanos y económicos. Esta circunstancia nos hace reflexionar puesto que en su mayoría son evitables.

Según el criterio de la OMS, se entiende por accidente, todo suceso eventual, involuntario o anómalo, independientemente de su gravedad, que conllevó un daño físico o psíquico, como consecuencia de una falta de prevención o defecto de seguridad.

La vigilancia y la precaución conforman un requisito básico de todas las partes implicadas: familiares, educadores, profesionales sanitarios, profesionales de la seguridad, poderes públicos, medios de comunicación, etc. Cada uno de ellos debe tomar conciencia de sus responsabilidades o de sensibilización entre los ciudadanos y/o, de forma primordial, entre aquellos colectivos de riesgo, ya por su exposición o por sus limitaciones personales.

OBJETIVO

Conocer la incidencia y las características clínico- epidemiológicas de los accidentes ocurridos en una población perteneciente a un Centro de Salud de San Sebastián ubicado en el barrio de Gros. Este estudio de incidencia de accidentes tiene como última finalidad servir de instrumento a la prevención en el ámbito de la seguridad en la vida cotidiana de los ciudadanos. Además, de detectar los colectivos sociodemográficos, las actividades, los lugares, los productos y servicios de mayor riesgo.

MÉTODO

Se realiza un estudio de cohortes prospectivo durante el periodo comprendido entre el 12 de enero de 2009 y el 12 de abril de 2009. Se incluye a todo paciente perteneciente a cualquiera de los 3 médicos de familia del Centro de Salud participantes en el estudio y que sufra un accidente durante el periodo de estudio. Además de este criterio para incluirlo en nuestro estudio este suceso tiene que haber derivado una consulta médica o de enfermería.

Durante este periodo se recogerá en una hoja de registro, diseñada para el estudio, todos los accidentes atendidos en el Centro de Salud, así como en el Punto de Atención Continuada (PAC) de la Zona y el Hospital de referencia, durante las 24 horas del día, en cualquier tipo de consulta (programada, preferente, urgente o domiciliaria).

Se recogerá una sola hoja de registro por accidente evitando así la duplicidad de registros para de esta manera conocer exactamente la accidentabilidad de la población de referencia.

En la hoja de registro se detallan parámetros correspondientes a datos personales, datos de asistencia sanitaria y datos relativos al accidente (se adjunta anexo 1). También se confeccionó una guía para cumplimentar la encuesta de accidentes.

El centro de Salud de Gros atiende a una población de 33.958 personas, de las cuales 31.153 son mayores o iguales a 14 años y 2805 son menores de 14 años. Del total de la población adulta hemos incluido en el estudio 5208 personas correspondientes a los cupos de 3 médicos de familia.

El registro de los datos se realiza en Access y el análisis estadístico mediante SPSS 17.0 para Windows.

RESULTADOS

Durante los 3 meses del estudio se han registrado 91 accidentes que representa una incidencia acumulada del 1.7%. De estos el 35.6% lo han sufrido los hombres y el 64.4% las mujeres. La edad media es de 53 años (DE: 22). Dividiendo por grupos de edad, 9(9.9%) pertenece al grupo entre 14-24 años, 52 (57.8%) al grupo entre 25-64 y 29 (32.2%) a los mayores de 65 años. Los accidentes fueron atendidos en un 27.8% en el Centro de Salud, un 17.8% en el PAC, un 50.0% en el hospital de referencia, un 3.3% en domicilio y un 1.1% en otros.

El 88.9% de las consultas fueron urgentes, el 10% programadas y el 1.1% domiciliarias. El 5.6% de los pacientes vistos en el Centro de Salud o PAC fueron derivados a urgencias. El 14.4% de los pacientes accidentados fueron derivados a Traumatología, el 1.1% a Psiquiatría y el 3.3% a otros especialistas.

Las lesiones producidas por los accidentes fueron: herida abierta 24.4%, lesión músculo-tendinosa el 21.1%, fractura el 16.7%, contusión el 26.7% y otras el 11.1%. La localización de las lesiones fue: el 61.1% en las extremidades, el 22.2% en la cabeza, el 8.9% en el tronco y el 6.7% en múltiples localizaciones. En cuanto a las pruebas complementarias realizadas en la atención al accidentado la más común ha sido la radiografía (47.8%), analítica el 3.3% y otras pruebas el 6.7%.

El tratamiento de las lesiones ha sido el siguiente: fármacos 21.1%, inmovilización 16.7%, Cura tópica 15.6%, sutura 14.4%, reposo

10%, vendaje 8.9% y otros tratamiento 6.7%.

En referencia al lugar donde se produjo el accidente, el 42.2% se han producido en el hogar, el 36.7% en la calle, el 7.8% en instituciones y el 6.7% en áreas deportivas.

Las actividades realizadas durante el accidente fueron: un 33.3% actividades de tiempo libre, un 20% actividades domésticas, un 6.7% actividades deportivas y un 31.1% otras actividades. Los agentes implicados en los accidentes son: el 50% estructuras(aceras, farolas?..), el 37.8% mobiliario, el 3.3% vehículos.

El 4.4% de los accidentes han sido provocados por una agresión frente al 86.7% que han sido accidentes casuales.

DISCUSIÓN

La incidencia de accidentes registrados en este estudio ha sido del 1.7% que comparándolos con otros estudios es significativamente inferior. Esto nos lleva a pensar que este descenso se ha podido producir o bien por una deficiente captación de accidentes debido a que los pacientes hayan podido acudir a centros privados o que las medidas preventivas frente a los accidentes han sido efectivas consiguiendo así su objetivo. También hay que reseñar que en este estudio hemos tomado una muestra de población mayor de 14 años y en otros estudios se ha tomado la totalidad de la población.

Con estos datos se ve la necesidad de incidir en la población especialmente en las mujeres y en el hogar pues según los datos obtenidos se recoge en estas dos variantes el % más alto. Reseñar también que en la mayoría de estos accidentes están incluidas diferentes y variadas estructuras.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA 1. Guía de prevención de riesgos domésticos entre las personas mayores. Fundación MAPFRE, 2008 2. Programa de prevención de lesiones: red de detección de accidentes domésticos y de ocio : resultados 2004. Madrid: Instituto Nacional de Consumo, 2005 3. Soriano SE, Sanchez RJ, Oliva AA, Cristobal Bunuel AJ, Girona BR, Morera JC. Accidentes atendidos en un área básica de salud de Girona, España. Revista Espanola de Salud Publica 2002; 76(1):57-64 4. Ramos Molina D, Díaz Díaz A. Epidemiología de los accidentes: material complementario docente. ISCM-H Facultad de Ciencias Médicas "Julio Trigo López", 1999.<http://fcmjtrigo.sld.cu/materiales/salud/accidentes1.doc> [Consulta 2009-05-25]

Mesa de comunicaciones 11: Promoción de la salud

Concurrent session 11: Health promotion

AUTORES/AUTHORS:

Assist. Prof. Rungrat Srisuriyawet, Assist. Prof. Rungrat Srisuriyawet, Assist. Prof. Pornnapa Homsin

TÍTULO/TITLE:

Drinking Patterns and Perspective on Alcohol Consumption Among Thai Adolescents: the Eastern Region

Introduction

Alcohol consumption remains a major public health problem in many countries around the world. As in other countries, health and social problems related to alcohol consumption are of major relevance in Thailand. Currently, Thailand is the fifth in the world for absolute alcohol consumption per capita.¹ Typically, the drinking pattern in Thailand consisted of a moderate consumption of beer, liquor, and wine with occasional episodes of abuse in parties and social events, such as new home celebration, birthday party, class party, religion ceremony.² This makes early experimentation among teenagers and youths common, usually in a highly permissive context, thus making prevention of alcohol drinking a difficult task. In the last few years, some indicators have suggested a shift towards a new pattern of alcohol consumption characterized by a higher consumption of wine and beer. In 2007, a new, emerging 'current drinker', appears 20% of male students and 10% of female students.² The mean age at first drink was 13 years in males and 14 years in females.³

Adolescence is the period when most individuals experiment with adopt most health related behaviours.⁴ Programs to prevent abuse of alcohol and other substances should therefore focus on early stages, when habits are still not established.⁵ Therefore, to develop a preventive program, those who work with adolescents need to know what conditions place certain adolescents at risk for these problems and how they think about alcohol drinking. The previous study has been the national survey to determine prevalence drinking behaviors and other risk behaviors among high school student.³ Very little of previous research employ the theoretical based survey to explore and examine factors associated with alcohol drinking.

This study attempts to employ Triadic Influence Theory⁶ based survey to describe patterns of alcohol consumption among adolescents in the eastern of Thailand and the influence of some related factors to alcohol drinking. ?Triadic Influence Theory?⁶ was developed within the context of adolescent substance use. The three ?streams of influence? considered relevant to health behavior change are social influence, attitudinal influence and intrapersonal influence. Intrapersonal influences include academic success and self-esteem, while attitude toward drinking refers to attitudinal influences. Social influences include peer drinking, offers of drinking, prevalence estimate (the number of students known to the participant who experiment with alcohol drinking), parental drinking, parental approval of drinking, parental attachment and school attachment.

Method

The design of the study used both qualitative and quantitative approaches with an emphasis on the quantitative component.

Quantitative Survey

Participants : Data were obtained as part of a cross-sectional survey on predictors of alcohol drinking among Thai adolescents aged 15 to 21 in 2008 ; including public and private high schools, and vocational colleges(grade 9 to 12 of international education). Overall, the total number of students was 887, 55 % females and 45 % males. The mean age of the students was 16.8 years. About 76% lived with their parents. Half of them have parents graduated in Pathomsuksa (lower than high school).

Multi-stage sampling was used to determine which schools and students might participate in the study. Three of seven provinces in the eastern were selected based on the level of province sizes (big, medium, small). Students were drawn, via systematic sampling, proportionally to population of each of the 15 schools. Data were gathered using a self-administrative questionnaire. Apart from survey, 30 in-depth interviews, conducting in students who were current alcohol drinkers, classified by sex and education levels were undertaken in order to elaborate the findings.

Procedure: The study was reviewed and approved by the investigators? institutional review board (Burapha University). The alcohol survey was administered in a classroom setting by research staff members (nonschool personnel). The confidentiality of students? responses on the survey was protected through the use of code numbers.

Measures : With regard to reducing measurement error related to respondents? privacy concerns and being appropriate with

respondents? level of education, all measures were assessed via self-administered questionnaires (SAQs).⁸ Seven research instrument were used, including the Demographic data questionnaire; Personal Information Questionnaire, Rosenberg Self-esteem Scale,⁹ Attitudes Toward Alcohol Drinking Questionnaire, Parental Attachment Scale, School Attachment Scale, and Current Drinking Questionnaire. The reliability of the scale were found to be 0.72 to 0.96.

Qualitative method: 30 in-depth interviews were employed after the survey in order to gain rich information about beliefs on alcohol drinking from the adolescents? perspective. Snowball technique was used, and participants voluntarily encouraged their friends to participate in the in-depth interview study. Selection criteria for the interviews were being adolescent and current drinkers. The lowest age at first drink was 12 years, whereas the highest age was 17 years.

Data Analysis: Quantitative data were analyzed with descriptive statistics and multiple logistic regressions. Content analysis was used for qualitative data.

Results

Factors related to Alcohol consumption

Overall, 63% and 40% of the male and female students ever drank alcohol in their lifetime. The average age of the females and the males at first drink were similar (15 years). Students at GPA less than 3.0 were more likely to drink than students with GPA at 3.00 and higher. Factors associated with alcohol consumption among these students included gender, attitude towards alcohol drinking, peer alcohol drinking, prevalence estimate, and parental approval of drinking. Male students were 1.4 times as likely to drink alcohol as were female students. Students with higher score of favorable attitudes towards drinking were significantly more likely to drink alcohol. Students with friends? offering or perception of close friend drinking were 2 times as likely to drink alcohol as were students without. Students having parent approval of alcohol drinking were 2 times as likely to drink alcohol as students having parental disapproval of alcohol drinking. Compared to students perceiving less than 50% of prevalence estimate, students perceiving more than 50% of prevalence estimate were 2 times more likely to drink alcohol.

Patterns of Alcohol Drinking and Reasons for Drinking Alcohol

Among those who had ever drunk (n=393), drinking patterns between male and female adolescents were quite similar. Most informants drink mild ones. They are for example: beer and punch, the reason of which is it is tasty, easily available and there is not too much hangover. At first experiment and current drinking, about half of males drunk beer, whereas half of females drunk punch. Most of them don?t drink too much. Nevertheless men drink more in quantity and more frequent than their women counterpart. The majority of females drank only 1-2 drinks, while males drank 4-5 drinks. This is because male drinkers are more accepted both from the society and family. Alcoholic drinks are available from shops. Almost of them reported that they could buy alcoholic beverage by themselves without being checked for the identification by the sellers. Most drink in their houses friends? or relatives?, since it is believed to be safe and saved. Most companies are friends. Social gathering making fun is an important reason for drinking. Some informants drink for fearing that their friends will get angry if they don?t. Most drinking time is in the evening or at night, especially when there is a holiday since there is no class to be attended, then social gathering is possible.

The most interesting findings from content analysis from 30 interviews were reasons for adolescents? experimenting with alcohol drinking and reasons for current drinkers. The most common reasons for adolescents? experimenting with alcohol drinking were Peer Influence and Desire for the Experience. By contrast, Bad Feeling and Problem ,To Be Fun, Good Feeling, Want to, Like to, and To Be Socialized were the most common among current drinkers.

Discussion & Recommendations

In this study we determine whether the patterns of drinking at this age are carried on through adulthood and to examine factors that identify which adolescents are likely to have alcohol problems in Thai adolescents. The factors cover three domains: social influence, attitudinal influence and intrapersonal influence. The findings showed a strong association between a number of factors and alcohol drinking. These findings are in line with earlier studies³ and should be considered in the planning and development of preventive interventions and strategies.

Most important seems to be the adolescent's attitudes toward alcohol. However, nearly equally important are social influence: offer of drinking and close friend's drinking, and, in particular, parental approval of their adolescent children. Gender and prevalence estimate also are important to explain why some adolescents indulge in alcohol consumption. These findings give a clear message to policy-makers and suggest preventions concerning the focus of preventive action. Positive attitudes toward alcohol drinking seemed to increase the likelihood of having ever been drunk. Corresponding findings were found in both western and Thai studies where unfavorable attitudes toward alcohol drinking were predictive of less drinking.^{3,5,11} This should be emphasized in preventive messages to parents. Social influences (offer of drinking, close friend's drinking, and prevalence estimate) seems to be important for alcohol use among adolescents. A strong association between peer norms and alcohol drinking has been demonstrated in previous studies.^{3,5,11} Qualitative data also found the congruent support that most companies with adolescents are friends. Social gathering making fun is an important reason for drinking. Some informants drink for fearing that their friends will get angry if they don't. This study indicates that preventive interventions targeted at the effects of peer groups on alcohol drinking should especially target girls as well as boys in early adolescence. Moreover, alcoholic drinks are available from shops. Almost of them reported that they could buy alcoholic beverage by themselves without being checked for the identification by the sellers. These findings give a clear message to policy-makers and suggest preventions concerning the focus of preventive action. A decreased availability of alcohol especially from small shop could potentially decrease the number of drunk and intensive alcohol-consuming adolescents. Having a restrictive policy toward offering alcohol to one's child seems to be equally important for younger and older adolescents, and especially important for girls. An interesting finding that comes out in this study was that family attachment and school attachment did not significantly predict alcohol drinking. It could be that family and school factors had their greatest effect on problem behavior prior to our assessment. However, parental approval of alcohol drinking significantly associated with alcohol drinking.^{12,13} According to qualitative findings, it reflects that male drinkers are more accepted both from the society and family. Most drink in their houses friends or relatives. For these reasons, preventive programs help to strengthen adolescents' involvement in the school and family.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

References

1. Buraphadeja S. The study to develop the watching system on marketing strategy and sale promotion of alcohol beverages industry. Proceedings of the 13th National Alcohol Conference: Alcohol: No Ordinary Commodity?; 2007 Nov 21-22; Nonthaburi, Thailand.
2. Bandit S, et al. The annual report of alcohol situation 2007. Thai Center for Alcohol Studies; 2007.
3. Assanangkornchai S, Mukthong A, Samangsri N, editor. A surveillance of drinking and other health-risk behaviours among high school students in Thailand. Bangkok; 2007
4. Steinberg L. Adolescence. 4th ed. Boston: Mc GrawHill; 1996.
5. Aboud FE, Dennis SC. Adolescence use and abuse of alcohol. In: Pushkar et al, editor. Improving Competence across the Lifespan. New York(NY): Plenum Press; 1998. p.101-115.
6. Flay B, Petraitis J, The theory of triadic influence: A new theory of health behavior with implications for preventive intervention, in Albrecht G, editor. Medical sociology: A reconsideration of health behavior change models. London: JAI; 1994. p.19-44.
7. Mathews C, Guttmacher SJ, Flisher AJ, Mtshizana Y, Hani A, Zwarenstein M. Written Parental Consent in School-Based HIV/AIDS Prevention Research. Am J Public Health 2005 July; 95 (7): 1266-1269
8. Catania JA, Gibson DR, Chitwood DD, Coates, TJ. (1990). Methodological problems in AIDS behavioral research: Influences on measurement error and participation bias in studies of sexual behavior. Psychol Bull 1990; 108(3): 339-362.
9. Rosenberg M. Conceiving the self. New York (NY): Basic Books; 1979.
11. Homsin P, Srisuphan W, Pohl JM, Tiansawad S, Patumanond J. Predictors of early stages of smoking uptake among Thai male adolescents. Thai J Nurs Res 2009; 13(1): 28-42.
12. Griffin KW, Botvin GJ, Scheier LM, Doyle MM, William C. Common predictors of cigarette smoking, alcohol use, aggression, and delinquency among inner-city minority youth. Addictive Behaviors 2003; 28: 1141-1148.
13. Jackson C. Initial and experience stages of tobacco and alcohol use during late childhood: Relation to peer, parent, and personal risk factors. Addictive Behaviors 1997; 22: 685-698.

AUTORES/AUTHORS:

Kynna Wright

TÍTULO/TITLE:

USING A COMMUNITY APPROACH TO ASSESS DISPARITIES IN FRUIT AND VEGETABLE INTAKE AMONG URBAN HISPANIC CHILDREN

ABSTRACT

OBJECTIVE: This study was undertaken to determine prevalence of overweight status and to assess fruit and vegetable dietary behaviors among urban, low- income Hispanic children ages 7-11 years, in Los Angeles, California, USA.

METHOD

Design: This was an exploratory study that used a community-based participatory research (CBPR) framework to guide the activities of the study.

Scope/Setting: The study took place at a low-income urban elementary school located in Los Angeles, California, USA.

Subjects: 140 Hispanic, urban, low-income children ages 7-11 years and who spoke English or Spanish participated in the study.

Variables and Measurement Instruments: Consistent with a CBPR framework the planning, design and data analysis were carried out in collaboration with a Community Advisory Board. Utilizing a team of nurses, nursing students and public health students, all children underwent anthropometric measures and a survey to assess fruit and vegetable dietary behaviors during May -December 2008.

Weight status was determined by height, weight and body mass index (BMI). Fruit and vegetable intake was determined by a modified version of the 2007 Youth Risk Behavior Survey (YRBS), from the Centers for Disease Control and Prevention. Specifically the YRBS was used to ascertain demographic data (age, gender, race/ethnicity, and grade) and questions ascertaining the 7-day intake of fruit, 100% fruit juice, vegetables (carrots, potatoes, green salad) and other vegetables.

Data Analysis: Data analysis was conducted using SPSS Statistical Software; Version 16.0. Descriptive statistics were used to describe the prevalence of normal weight, overweight, and the frequency of those eating fruit, 100% fruit juice, and vegetables.

Bivariate analysis (correlations and Pearson chi-square tests) were used to test associations between weight status (BMI) and fruit and vegetable intake. Linear and multiple regressions were used to assess independent predictors of childhood overweight.

RESULTS: 39% of the children had a BMI > the 85th percentile. Overall, the proportion of overweight children's intake of fruit, 100% fruit juice and other vegetables was significantly lower than those of normal weight children. Female students consistently reported lower intake of all fruits, 100% fruit juice and vegetables. English-speaking Hispanic children who ate fruit, or drank 100% fruit juice or ate various vegetables had a normal BMI.

DISCUSSION: The prevalence results of this study are higher than other studies among urban, low-income Hispanic populations that found lower overall prevalence. The majority of children in this study had low intake of fruit and 100% fruit juice, which is similar to other studies. However, interestingly more children in this study ate more vegetables than fruit and fruit juice which greatly differs from many studies that show an increase in fruit among Hispanic children.

IMPLICATIONS FOR PRACTICE: The data generated from this study can assist nurses and communities in developing culturally and linguistically appropriate school-based intervention programs to educate children and parents about healthy food consumption practices, potentially aiding in the prevention or reversal of childhood obesity among low-income, urban Hispanic populations.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

None

AUTORES/AUTHORS:

Brenda Roe, Caryl Beynon, Lucy Pickering, Paul Duffy, Jim McVeigh

TÍTULO/TITLE:

Older People's Experiences of Drug and Alcohol Use and Impacts on Ageing Across the Life Course

C 28 Abstract

Objectives: There is emerging evidence that older people are surviving with a continuing history of substance use. The purpose of this study was to explore older people's experiences of drug (illicit and prescription) and alcohol use to gain understanding, and to inform future development of services and support required.

Methods: Taped qualitative semi-structured interviews were conducted with a convenience sample of people aged 50 years and above (n=10) in contact with voluntary sector drug treatment services. Data were collected on demography, biography, history and career of drug and alcohol use, family and social networks, employment, health, lifestyle and well-being, service use, finance and criminal justice. The tapes were transcribed and content analysis undertaken by the project team, with discussion and agreement on the themes and sub-themes identified.

Results: Findings indicate that drug use across the life course can have negative impacts on health status, well-being, employment, relationships, social networks and finance. Two categories of user were identified, early onset use of drugs use and later life onset of use due to impact of life events and relationships. A range of substances were used currently and across the life course with no single gateway drug identified. Life review and reflection were common, in keeping with general ageing populations, along with regret of ever having started to use drugs. Life experiences made this cohort of people a highly vulnerable population in terms of accelerated ageing, health status, death and dying, social and support networks, lifestyle, accommodation and finances. There was varied experience of general health services and positive experiences of drug specific services.

Discussion: Drug use among ageing populations is a neglected area of research, constitutes a chronic condition with negative and positive impacts and has important implications for nursing this vulnerable population, the development of treatment and support services and further research.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Reference: Beynon, C., McVeigh, J., Roe, B. (2007) Problematic Drug Use, Ageing and Older Populations: Trends in the Age of Drug Users in Contact with Drug Treatment and Syringe Exchange Programmes. *Ageing and Society*. 27, 799-810.

AUTORES/AUTHORS:

Soheila Mazloum Vajari, Sepideh Daghbandan, Maryam Alsadat Motahary, Islamic Azad University Lahijan Branch-Iran

TÍTULO/TITLE:

A Survey on the Prevalence Rate of Pediculus Capitis Infestation in Female Pupils of Primary Schools of "Lahijan"

Objectives:

The aim of this study was to investigate the prevalence rate of pediculosis capitis in female 'primary schools in Lahijan Township. According to the existing records from public assistances, despite sending a lot of expenses in order to prevent and control this infestation, unfortunately they have not acquired desired results and the prevalence rate is growing up (1). Head lice infestation in Iran, like other countries, is a public health problem.

Although some researches have been done in some parts of Iran, even in the urban areas of Lahijan, in this study the researchers investigated head lice regionally (both urban and rural), because its prevalence may vary according to the social situation, genetic and cultural characteristics of a population (2). The objectives of this study were to determine whether factors such as age group, class grade, hair characteristics, frequency of hair washing, parent's educational level and profession, availability of health facilities in the participants' houses, and the presence or absence of a school nurse are related to the prevalence of pediculosis.

Methods:

The study was a cross-sectional study and the participants of the study were all female students in rural and urban primary schools of Lahijan Township. The total number of female students in primary schools were 5537 (3137 urban area and 2400 in rural area) by using the sample size formula, 916 female students, 56% from urban and 44% from rural area, were selected by multistage systematic random sampling. First the schools were divided in two locations: urban and rural area. Then by considering the numbers of students in each area, five schools in urban and eleven schools from rural area were randomly selected. Next in each school a number of students were selected randomly. The data was gathered by using observation and examining the hair, filling the questionnaire which consisted of 3 parts: demographic, social & economical situation of students' parents and availability of health facilities in their houses. In addition, there was a check list to state the presence or absence of lice, itching, former treatment and some characteristics of pupils' hair.

Examinations consisted of visual inspections of children's head for 3 minutes. Examination was done by naked eyes aided with hand & lens in appropriate light. If any evidence of head lice was detected, such as, living or dead eggs, or nits, the child was considered to be infested or positive. After each exam the demographic questionnaire which included the location of the school, child's name, age, class grade, the social & economical profile of the clientele from each school was inferred in regard to their fathers' professions (farmer, worker, unemployed, government employee, businessman and deceased) and mothers' profession (worker, housewife) level of education (uneducated, primary and secondary, high school graduate, and higher education graduate). The part concerning health facilities asked for the existence of tap water, bathroom in the students' houses and school nurses. Hair characteristics were: length that were classified as short (0 to 3 cm) medium (<3≤ 10cm) and long (>10cm), type of hair that was classified as straight, wavy or curly, and hair colour which was considered fair (blonde and red headed) and dark (brown and black). The area of infection was divided into frontal, parietal, temporal, occipital and spread throughout the whole scalp.

To compare the means of proportions of infested children from urban and rural primary schools of Lahijan Township, data was first transformed then by using SPSS software it was analyzed. For all statistical analyses, a significance level of 0.05 was adopted.

Findings:

According to descriptive analyzes most students were aged 10, the mean age was 9 with 1.45 SD, and 27.6% of the students were in the fourth grade.

The distribution of hair type was straight and wavy (90.1%) or curly (9.9%). In relation to length; short, medium and long, the

percentages were 52.4%, 25.1% and 22.5% respectively.

Based on hair colour, 63.2% of the individuals had dark hair. 40.3% of infected persons had spread contamination throughout the whole scalp. 18.2% had itching signs, and 61.7% had not been treated. 63.2% of the father's and 68.1% of the mother's were primary and secondary school graduates. The frequency distribution of health facilities were: 81.6% with tap water and 94.3% with bathrooms in their houses. 45.5% of the schools did not have a school nurse.

Using the SPSS software; chi squared test and Fischer test were performed to analyze the obtained results. The total prevalence rate was 16.8%. Head lice distribution encountered in urban and rural girls' primary school were 4.8% and 12%, respectively. There was a statistical relationship between the two values ($p = 0.0001$). When head lice distribution was compared according to age group the highest percent was in age 11 and there was a significant relationship in age group ($p = 0.03$).

By using chi squared test there was a significant relationship between father's profession and the level of education of fathers and mothers $p=0.001$. The results indicated that there was a statistical relationship between availability of health facilities and pediculosis as houses without tap water and bathroom had more infestation ($p = 0.0001$). As well the results revealed that there was a statistical relationship regarding the prevalence rate between schools with or without a school nurse ($p=0.0001$). No statistical relationships were found between the characteristics of hair and frequency of hair washing.

Discussion:

The prevalence rate encountered in the present work was 16.8%. In other parts of the world this rate has been recorded to be 5-20% (14, 15). It must be mentioned that this percent of prevalence of pediculosis is not low in Iran. In addition, by comparing the obtained results from this study with past studies which were carried out in this city, the results from this study indicated that the prevalence rate of pediculosis capitis, unfortunately, is increasing (3). It could imply this fact that in Iran, like other countries, pediculosis capitis is still a public health problem in primary schools (3,4).

This study indicated that schools in rural area had the most infected person (12%) and there was a significant relationship between the location of schools and head lice ($p= 0.0001$). It has been reported in other studies (5,6) that rural areas showed wider spread of the infestation.

The results of this study indicated that there was a significant relationship between age and head lice ($p=0.03$). Same results had been gained in Borges and Mendes study (2), and the results showed a high prevalence rate in children aged 11. Based on class grade, the highest prevalence rate was seen in the fourth grade, as the same results showed in Ghorbanpoor study (7). Although in other work the highest prevalence rate of head lice had been reported in the first grade of primary school (8).

In this study, like the study that was done in Jerusalem (9), there was not a significant relationship between hair type and pediculosis capitis ($p= 0.57$), but other studies presented a higher pediculosis capitis rate in wavy and curly hair (4,7). Results obtained in this study showed no relationship between length and colour of hair and head lice. These results were in conflict with the one obtained by the Jerusalem study (9).

In response to one of the objectives in this study that was to determine the relation between social and economical situation and pediculosis capitis, there was a significant relationship in the profession of the fathers ($p=0.0001$). Similar results have been reported in other studies (10, 11,12). But by using the chi-squared test there was not a relationship between mothers' profession ($p=0.65$). Findings from this work by using chi-squared test have indicated a significant relationship with the level of parents' education ($p=0.0001$). This result has been verified in other studies (4, 6, 13). So, it can be concluded that the rate of head lice in the lower social and economical is high which can be related to the lack of health and hygiene information and knowledge.

To respond to another objective of this study that was to determine the relationship between the availability of health facilities and head lice infestation. The results showed significance differences ($p = 0.001$).

On the other hand, higher head lice prevalence rate were encountered in houses without health facilities and schools without a school nurse. Fischer's test also verifies significant differences ($p=0.001$). Based upon the researchers' opinion, the presence of a school nurse can have an important role in primary and secondary prevention of head lice infestation in primary schools.

This study showed that prevalence rate of pediculosis capitis in rural areas was more than urban regions. Also, the infestation was mostly spread over in pupils whose parents were less educated or were farmers.

The findings showed, the prevalence of pediculosis capitis was less in schools which had a school nurse. On the basis of findings of this research, one could come to this conclusion that pediculosis capitis in Lahijan Township is a serious health problem. Although head lice are not a health hazard or a sign of uncleanness and do not spread any disease. Head lice are the cause of much embarrassment and misunderstanding, insomnia, depression, fatigue, anxiety, stress, many unnecessary days lost from school and work and millions of dollars spent on remedies.

To overcome these conflicts, it is suggested that more endeavors should be done in the following areas:

- To organize effective integrated training programs for school nurses, parents, teachers and etc.
- To organize enough school nurses in rural areas.
- To supply information resources to increase knowledge about the pediculosis infestation for families, school workers and other community agencies.
- To carry out monitoring, treatment, and follow up programs after treatment by health workers and school nurses in schools.

Furthermore, it is vital to improve this belief in parents and society that pediculosis is a disease like other communicable diseases, by promoting the level of knowledge and giving right information about the nature of it.

Acknowledgments:

Funding for this project was provided by Lahijan Islamic Azad University. The authors would like to thank the Research Affairs Department of the university, and teachers of the schools who contributed their generosity in collecting data for our research.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

References: 1- Mum cuoglu K.Y. "Can shaving be a safe treatment strategy for head lice?, BMJ, 330:1510 , 2005. 2- Borges R, Mendws J. "Epidemiological Aspects of Head Lice in Children Attending Day Care Centres, Urban and Rural School in Ubertandia? , mem Inst.OswaldoCruz, 97(2):189-192, 2002. 3- Faghy- Mohamady F. ?Prevalence Rate of pediculosis Capitis in Primary schools in Lahijan City?, phd Tesis Guilan university, 2000. 4- Nazari M, Saidi JM. ?Pediculus capitis infestation accroding to sex and social factors in Hamedan Iran?., Pak J Bio Sc ; 10(19):3473-5, 2007. 5- El- Basheir ZM, Fouad MA. ?A preliminary pilot survey on head lice , pediculosis in ; Sharkia Gvernorate and treatment of lice with natural plant extracts?. J Egypt Soc Parasitol ; 32(3) : 725 -735, 2002. 6- Porbaba R , and etal. ?Determining the prevalence rate of pediculosis capitis in primary school of Guilan province?, Journal of Guilan university of Medical sciences 13 (52) : 15-22., 2004. 7- Ghorbanpoor R, Siraty L . The prevalence rate of pediculosis and its relationship to hair length in primary schools of Rasht city. phD Thesis Guilan university, 2005. 8- Chungg, RNA. ? Study of head lice among primary schoolchildren in Kenya?., R Soc Trop med Hyg; 80:42-46. 1986. 9? Mumcueglu KY, Milber J. ?Epidimiological studies on head lice infestation in Isreal?. Parasitological examination of children , Int j dermator;29 (7):502-507, 2005. 10- Catala S, Junco L. "Pediculus Capits infestation Accroding to sex and social factors in Argentina", Rev Saude publica, 39(3):438-443, 2005. 11- Jahnke C, Bauer G, Feldmeier H. ?pediculosis capita in childhood : "Epimiological and socio-medical results from screening of school beginners?.Gesundheitwesen, 70(11):667-73, 2008. 12- Kokturk A, Baz K, and etal. "The prevalence of pediculosis capitis in schoolchildren in Mersin, Turkey?. International Journal of Dermatology ; 42 (9)., 2003. 13- Kamiabi F, Nakhaei FH. ?Prevalence of epiclesis capitis and determintion of risk factors in primary school children in karman? East Meditery Health J; 11(5-6) : 988-92, 2005. 14- Rubeiz j. Pediculosis, eMedicine: 1-7.2002. 15- Ibarra J, Fry F, and etal. "Overcoming health inequalities by using the Buf Busting whole ? school approach to eradicate head lice." J clin Nurs. Oct; 16 (10) : 1955-65, 2007.

AUTORES/AUTHORS:

supaporn duangpaeng

TÍTULO/TITLE:

Lived Experiences of Thai Teenagers with and without Smoking Behavior

Abstract

Despite increased efforts to educate youth about the dangers of cigarette smoking, the percentage of teenagers who smoke continues to rise. The purpose of this study was to describe the lived experiences of Thai teenagers with and without smoking behavior. This research was designed within interpretative phenomenology, guided by Heideggerian philosophy. A purposive participant was recruited after obtained approval from the committee for the Protective Human Subjects at Burapha University. In-depth interview and focus group interview were used to collecting data and analyzed using Colizzi (1978) method. The findings revealed that both the smokers and non-smokers stated the meaning of smoking into three themes: 1) male smoker was normal, female smoker was weird 2) smoker did not mean bad person but may have problem, and 3) smoking was the social problem. The conditions affecting smoking were stress, curiosity and imitation. For the smoking cessation, both smokers and non-smokers stated that "quitting smoking depend on self?". The meaning of smoking cessation was starting from oneself with high commitment and need help from others around. The conditions affecting smoking cessation were 1) the perception that smoking was useless and harmful 2) the feeling that they would make their parents upset and not allow them to stay 3) the feeling that they could not finish their time in school and 4) the social rejection. The successors of smoking cessation were 1) the commitment and believes that it can be achieved 2) health problems or the realization of health problems 3) people around 4) social norm and 5) the demanding regulation or laws.

The findings can be used as the basic knowledge to develop the smoking prevention program for teenagers as well as promoting success smoking cessation.

Introduction

Smoking is a vital problem that affects people's health, especially teenagers whose significance is to their family and country. Teenagers with smoking behavior cause concern in family, school and social. Besides disadvantages to health and studying, smoking also results to lower quality of human resource. In 1996 the National Office of Statistic, Thailand, investigated the smoking behaviors of Thai people and found that the smoking rate of teenager aging 15 - 19 years old rose from 16.5% in 1993 to 18.3% in 1996. It had also found that 80% of the smokers began smoking before reaching 20 years old (supawong, 1998). It is hard to quit smoking when beginning at early ages. In addition, smoking is also a cause that leads to other drug addiction.

The above effects raised concern from both governmental section and private organizations to cooperate in non-smoking campaign and research continuously, particularly smoking in students or youth. No matter how many social and economic policies, non-smoking projects, or research studies on smoking behavior progressively, the smoking behavior in Thai teenagers is still rising. This could be because of the lack of knowledge from the viewpoint of teenagers regarding smoking and non-smoking behavior.

Therefore, in order to understand the smoking or non-smoking behavior, the researcher is interested in studying the smoking experience of Thai teenagers by using the phenomenology qualitative research method. The results of the study may envision the understanding and developing the program to avoid smoking behavior and effective quitting smoking program.

The purpose of this study was to describe the lived experiences of smoker and non-smoker Thai teenagers.

Methods

This study was designed within interpretative phenomenology, guided by Heideggerian philosophy. Interpretative phenomenology focuses on the experience of understanding and on the act of interpretation. Therefore, reality is uncovered as it is understood by humans who experience it (Munhall, 2007)

A purposive participant was recruited during August to November, 2006. Thai teenagers who met the criteria and volunteered to participate were accepted. Criteria for selecting study participants were age between 13-21 years old, self-report of smoking or non smoking experience, ability to articulate their experience and participate in the interview, and willing to participate.

After obtained approval from the committee for the Protective Human Subjects at Burapha University, potential participants were identified by contact persons. The study was explained, and written consent was obtained before the interview began. A convenient time and place was selected for in-depth interview and focus group interview. Confidentiality and anonymity were strictly assured. No participant reported any discomfort with being interviewed, nor did any participant withdraw during the interview.

The method of data collection consisted of in-depth interview and focus group interview. 10 of 24 participants were in-depth interview. While 6 of 24 participants were both in-depth interview and focus group interview, and 8 of 24 participants were focus group interview only.

The time of each interview ranged from 40-90 minutes. Following the interviews, the audiotapes were transcribed verbatim. Data was collected until the point of saturation.

The procedures for data analysis in mainly followed those of Colaizzi (1978). To achieve the trustworthiness, the researcher followed Guba & Lincon (1985).

Findings and Discussion

The in-depth interview and focus group interview of Thai teenagers with and without smoking behaviors reveal 2 aspects regarding smoking such as 1) the meaning and the conditions affecting smoking 2) the meaning and the conditions affecting smoking cessation. The meaning and conditions affecting smoking

Thai teenagers with and without smoking experience perceived smoking both similar and different. The similarities of smoking by the perception of Thai teenagers include 3 themes regarded to Thai social value and norm including 1) men smoker was normal, female smoker was weird 2) smoker did not mean bad person but may have problem and 3) smoking was the social problem.

Male smoker was normal, female smoker was weird

Male and female participants, both with and without smoking experience all agree that smoking man is normal to find and it is common for people in general. When a woman is seen smoking, she was taken as a bad girl too. This meaning reflects social norm that the social norm and image between men and women are taken differently. This norm and value has been passed on from a far past into the present time. Most people consider women stay at home, no staying outside, well behave, neat and tame, are proud of themselves, drink no alcohol or smoke, as the following transcription:

?It is quite common to see men smoke. In general most men do smoke. It is therefore very strange to see women smoke. As our country does not accept it, I hate to see that. Women are beautiful creation. Smoking is not appropriate to them. It destroys the beautiful image of women. I feel that 80% of women smokers must be the night butterflies?

Smoker did not mean bad person but may have problem

This meaning is a perception of Thai teenagers from the perceptions of people's reaction to smokers, especially smoking teenagers. The perception is that smokers are bad people, which is not always true. Judgment to say who is good and who is bad should not rely on smoking behavior alone. There are number of smokers who are well-behaved and contribute so much to society. Teenagers also mentioned to see cause or necessity of each person to have such behaviors. As each person was from a different background, encountering different situation, or social status, the smoker is not always a bad person. Though cigarettes are one of the addicted drugs, the following statements disagree with it.

?Smokers are not always bad people. Do not hate them. They may have family or social problems. Some smokers are good. Some are drugs users, but we cannot tell. The business men smoke because of stress and probably would like to relax?.

Smoking was a social problem

Both the participants with and without smoking experience agree that smoking in Thai teenagers is a social problem. At the present the number of smoking teenagers is rising, both male and female, and the start is at younger age. This is due to a wrong norm that

smoking looks smart and gains acceptance from people. Besides, smoking leads to other drug use and damages health. This results in work and economic issues, including cost in cigarettes and hospitalization fee from smoking. The participants thus agree that smoking is a cycle of problem, as the following statements:

?I think it is not good for teenagers to smoke. Some of them are very young. There are girl students too. I have never seen this many before. I think it is a wrong social norm that people think it looks smart. Smoking is a lead to other drug addiction like marijuana. Some drug users started from cigarettes to other addictions?.

The different meaning among smokers and non-smokers participants varied in 3 themes such as smoking was cool among friends, but elders considered it bad, and ?though smoking had disadvantages, it was happy to smoke? and ?smoking did not make people look smart; it damaged health?. These findings shows that the participant would like to reflect the differences in point of view between smoker and non-smoker.

Smoking was cool among friends, but elders considered it bad

This theme reflects the differences in point of view between teenagers and adults. Teenagers think that they look smart when smoking, whereas adults think it?s bad thing and should not do. This is because teenager is a period of developmental change in terms of physical, emotional, social, and intellectual aspects. Teenagers therefore need to seek for their self- identity and value themselves. Smoking is one of the behaviors do to attract or seek acceptance from others, especially among teenagers. If the response shows the acceptance, the behavior remains, as the transcription:

?I still keep on smoking. It makes me feel very smart and cool among friends. Adults feel disgusted to me. They think I?m a bad boy and using drugs. Among friends we get along very well, like we belong to the same community?

Though smoking had disadvantages, it was happy to smoke

The smoking experienced participants define that though smoking had disadvantages, it was happy to smoke. The teenagers reflect the most of smokers perceived that smoking is a bad habit to behave, but the smoking behavior exists because there is a good side of smoking. The advantage of smoking is the happiness from smoking, especially reduce stress or frustration and cool among friends, as the transcription:

?Happiness is the truth. You never know if do not smoke. The reason why teenagers smoke is to attract people to look at them and think they are smart. A glance even makes us feel good. It is more popular among girls. When everyone in our gang smokes, we seem the blend into the same culture?

Smoking did not make people look smart, it damaged health

On the other hand, the participants with no smoking experience and those former smokers? defined alternative smoking trends to the smoking participants in terms of the fact that smoking does not make them look smart or different from others. To become smart and different, they should be something good to behave. Smoking damages health in other words, it gives nothing helpful but rather harmful to health. The transcription confirms this meaning.

?Teenagers may have their own reason to smoke. But I think it?s not good and it does not look smart at all. We all know that smoking is nothing but harmful to health. The more you smoke, the less you look smart. Smokers should quit smoking. Other than damaging your own health, your parents are sorry for you?

The causes of smoking were: Stress, Curiosity, and Imitation. The participants said that stress and frustration is an important issue among teenagers. The causes of stress can be from family problems, love, study, work, and economic status. They believe that smoking can make them feel relaxed and less tensed, by seeing people or have been suggested to smoke. Therefore, the main reason for teenagers to smoke is of stress. Curiosity is one of the main causes of teenager to start smoking. As smoking is considered as a new experience, a teenager thus would like to try. Moreover, Imitation is one of the reasons. This corresponds with the developmental stages of teenagers that prioritize friend?s more than family members or other people in the community. Friends are a social group that is more influential that having a smoking family member. Therefore, in a group of smoking friends, most of the members will also smoke. Normally, smoking among teenagers usually comes from more than one reason.

The meaning and conditions affecting smoking cessation.

For the smoking cessation, both smokers and non-smokers stated that "quitting smoking depend on self". The meaning of smoking cessation was starting from oneself with high commitment and need help from others around. Conditions affecting smoking cessation were 1) the perception that smoking was useless and harmful 2) the feeling that they would make their parents upset and not allow them to stay 3) the feeling that they could not finish their time in school and 4) the social rejection. The successors of smoking cessation were 1) the commitment and believes that it can be achieved 2) health problems or the realization of health problems 3) people around 4) social norm and 5) the demanding regulation or laws.

Conclusion

Results of this study revealed that Thai teenagers who were smoker and non-smoker reported their experiences of smoking as perceived by themselves were related to themselves, their families and social. These findings are not identified in other studies, especially the meaning of smoking and smoking cessation. Therefore, the findings can be used as the basis knowledge to develop the program for preventing Thai teenagers from being smokers and the smokers to quit smoking successfully. Further study should be replicated of this study in teenagers who are not in educational system.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Colaizzi, P.F. (1978). Psychosocial research as the phenomenologist views it. In *Existential- Phenomenology Alternatives for Psychology* (Valle S. & King M., eds.). New York: Oxford University Press. Chanphaichit, C. (1997). The reasons of smoking in high school students. A thesis submitted in partial fulfillment of requirements for the degree of Master of Education. Chaingmai University, Thailand. Guba, Y. & Lincon, E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. London: SAGE. Kullanitt, N. (1994). Factors related to smoking and smoking cessation. A thesis submitted in partial fulfillment of requirements for the degree of Master of Education. Chaingmai University, Thailand. Munhall, L. P. (2007). *Nursing Research: A Qualitative Perspective* 4th ed. New York: Jones & Barlett Publisher, Inc. Supawong, S. (1998) *Summary Statistic Year book*. National Statistic Office. Thailand.

AUTORES/AUTHORS:

Su-Er Guo, Chizimuzo T. C. Okoli, Pam A. Ratner, Joy L. Johnson

TÍTULO/TITLE:

Assessing tobacco dependence among adolescents with asthma using the Dimensions of Tobacco Use Dependence Scale

Objectives: To examine associations between youth tobacco dependence and asthma status.

Method: Data were obtained from 8225 adolescents who completed the British Columbia

Youth Survey of Smoking and Health II (BCYSOSH-II), a school based survey conducted in 2004. Cross-sectional analysis of existing survey data was used for this study. The final sample of 1251 individuals who reported current and/or experimental tobacco use in the previous month and who also provided asthma status data was analyzed in this study. Information on demographics, BMI, perceived physical health and frequency of exercise, modified-Fagerstrom Tolerance Questionnaire (M-FTQ), and the Dimensions of Tobacco Dependence Scale (DTDS) as well as tobacco, alcohol and marijuana use data were obtained.

Results: Logistical regression analysis revealed males with asthma, compared to those without asthma, were more likely to be nicotine dependent (OR: 1.16, 95% CI: 1.02-1.13) and less likely to be emotionally dependent on tobacco (OR: 0.69, 95% CI: 0.50-0.94) after adjusting for other demographic, biophysical, psychosocial and behavioral factors. There were no associations between tobacco dependence and asthma status in the female population studied.

Discussion and relevance for practice: There may be sex differences in tobacco dependence among adolescents with and without asthma. Particularly among boys, these differences may influence the persistence of tobacco use in asthmatic adolescents who smoke. Gender appropriate prevention and cessation interventions for asthmatic adolescents may need to address tobacco dependence in order to decrease the risk of these adolescents initiating and maintaining tobacco use.

Keywords: Tobacco dependence, Youth smoking, Asthma, Environmental tobacco smoke (ETS) exposure, Depression

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Chen K, Kandel DB, & Davies M. Relationships between frequency and quantity of marijuana use and last year proxy dependence among adolescents and adults in the United States. *Drug Alcohol Depend* 1997; 46(1-2): 53-67. Guo SE, Ratner PA, Johnson JL, Okoli C, & Hossain S. Correlates of smoking among British Columbia adolescents with asthma. *J Clin Nurs* (In press). Johnson JL, Kalaw C, Lovato CY, et al. Crossing the line: Adolescents' experiences of controlling their tobacco use. *Qual Health Res* 2004;14(9): 1276-1291. Johnson JL, Ratner PA., Tucker RS, et al. Development of a multidimensional measure of tobacco dependence in adolescence. *Addict Behav* 2005;30(3): 501-515. Okoli CTC, Richardson CG, Ratner PA, & Johnson JL. An examination of the smoking identities and taxonomies of smoking behaviour of youth. *Tob Control* 2008;17(3): 151-158. Perkins K Sex differences in nicotine versus nonnicotine reinforcement as determinants of tobacco smoking. *Exp Clin Psychopharmacol* 1996;4(2): 166-177. Prokhorov AV, De Moor C, Pallonen UE, et al. Validation of the modified fagerstrom tolerance questionnaire with salivary cotinine among adolescents. *Addic Behav* 2000;25(3): 429-433. Prokhorov AV, Koehly LM, Pallonen UE, Hudmon KS. Adolescent nicotine dependence measured by the modified Fagerström Tolerance Questionnaire at two time points. *J Child Adolesc Subst Abuse* 1998; 7: 35-47. Radloff L The CED-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psych Meas* 1977;1: 385-401. Richardson CG, Johnson JL, Ratner PA, et al. Validation of the Dimensions of Tobacco Dependence Scale for adolescents. *Addic Behav* 2007; 32(7): 1498-1504. Tercyak KP. Psychosocial risk factors for tobacco use among adolescents with asthma. *J Pediatr Psychol* 2003;28(7): 495-504. Tercyak KP. Brief Report: Social risk factors predict cigarette smoking progression among adolescents with asthma. *J Pediatr Psychol* 2006; 31(3): 246-251. Thomson NC, & Spears M.. The influence of smoking on the treatment response in patients with asthma. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2005; 5(1): 57-63. Zbikowski SM., Klesges RC,

Robinson LA, et al.. Risk factors for smoking among adolescents with asthma. J Adoles Health 2002; 30(4): 279-287.

AUTORES/AUTHORS:

Fracolli Lislaine, Lopes Ana Lucia

TÍTULO/TITLE:

Health Educational process for smoking cessation: systematic review and metasyntesis

The cigarette dependence is considered disease and its prevalence, epidemic. Data of the World Organization of Health (2008) indicate that exist about a billion smokers in the world. In Brazil, the minors? indices refer to individuals with minor education and/or of lower social level. In the USA, where smokers' prevalence dropped of 42%, in 1965, for 25%, and we stabilized in these levels, the nicotine dependence is related to 20% of the deaths. Yet in Brazil, it comes decreasing - of 31,7%, in 1989, passed for 12,9 to 25,2%, come in 2002 and 2003. The cigarette is associated with about fifty different diseases. The approach to all the individuals in the primary attention aims not just to diagnose of smoking and to advise the smokers, but to stimulate the ones that do not smoke so that they do not start. The diagnosis opens opportunities - ask what the quantity of consumed tobacco is and if the smoker relates problems to that consume represents a favorable situation to the counseling. The intervention recommended for a more general approach are known as the ?4 or 5 steps? (ask, advise, access, assist and finds) (Kenford, Fiore, 2004) or minimum approach and consists : ask (dependence level, historical as smokers); advise (in a personalized manner, emphasize the advantages of smoking); negotiate (investigate the wish to try to stop); prepare (guide the planning and what can happen, aiming increase the success possibilities); accompany (guide and provide resources to face the abstinence); and to evaluate the intervention effectiveness. Keys and Mendonça (2005) relate that smoking interruption can be done of abrupt or gradual form, and each way has costs and benefits that should be carried in consideration. Both cases demand professional's health and support clearings in the planning and in the adopted strategy. The multidisciplinary approach increases smoking ceasing possibilities by means of the several components integration, as well as the pharmacies introduction enlarged the success chances. pharmacologic treatment consists, predominantly, in the nicotine replacement, whose presentations, in Brazil, are the bubble gum and the stickers. Considered a drug, it can be applied and accompanied by professional of trained health.

Thus the purpose of this study was to accomplish a exploratory study of bibliographic systematic review and metasyntesis aiming to describe and analyze aspects of the educational practices in health, for smoking cessation, translated in the authors' qualitative researches published in periodicals among 2000 and 2007. It conceives smoking as a complex problem, that demand interventions in various scopes and stands out the education in health, like health promotion strategic and instrumental field, that under empowerment? and ?empowerment education perspective?.

METHODOLOGY

Using the methodological instrumental based in systematic review and metasyntesis described by Sandelowski and Clayish (2003), this research identify the scientific production of original qualitative researches papers about experiences to the educational practices in smoking cessation, indexed in the databases electronic MEDLINE, CINAHL and LILACS. For so we used key words searches like qualitative, education in health and smoking, besides key words of free text and terms aiming at identification enlarged of articles that could be important. We draw the articles selected for the bibliographic sample his second general characteristics, applying itself the quality criteria, given by the instrument ?Critical Appraisal Skills Programme, CASP? (© Milton Keynes Primary Care Trust, 2002). The results of this production were integrated through the content described for Minayo (2004), so as to seek related subjects to the education in health, to the which ones were combined attributes (or sub-themes).

RESULTS

The bibliographic search resulted in identification of 989 citations in this thematic, of which 634 were considered important. Behind selection with base in the title reading, it obtained 340 abstracts and finally it worked with 88 articles in the totality, from these were classified 14 publications as pertinent for this study (how we can see in square 1).

All the sample articles were published in English. Eight articles were identified in the database MEDLINE (A1, A2, A3, A5, A6, A10, A11, A12) and six, in the base CINAHL (A4, A7, A8, A9, A13, A14). Of the articles located in the database MEDLINE, two also consist in the base CINAHL (A5, A6). Most was identified through simple searches, with combinations of two to three key words or qualifiers. Did not exist articles participation registered in the base LILACS, because none adapted to the inclusion criteria. In general, all the articles of the bibliographic sample were considered valid and with quality. It thus observed itself through metasyntese that the recurring aspects and the differences between articles were grouped in two thematic modalities: Subjects context (describing the facilities and difficulties factor of smoking ceasing process) and educational approach (with facilities processes and difficulties process of smoking ceasing programs and of the relationship professional-patient introduced in thematic square, with comments). The approach strategies of the educational process were classified with base in the health promotion elements and in the educational models.

SQUARE 1: Studies included in the bibliographical sample, according to data of publication.

Número do artigo	Título	Autor(es)	Periódico/ país de publicação	Ano de publicação/ volume / número/página	País de origem do estudo
A1	One size fits all? A process evaluation - the turn of the "story" in smoking cessation.	Ritchie D, Schulz S, Bryce A.	Public Health Inglaterra	2007 121(5):341-8	Escócia
A2	Views on smoking cessation methods in ethnic minority communities: a qualitative investigation.	Fu SS, Burgess D, van Ryn M, Hatsukami DK, Solomon J, Joseph AM.	Preventive Medicine EUA	2007 44(3):235-40	EUA
A3	Smoking cessation after the age of 65 years: a qualitative exploration of older current and former smokers' views on smoking, stopping smoking and smoking Cessation resources and services.	Kerr S, Watson H, Tolson D, Lough M, Brown M	Health and Social Care in the Community Inglaterra	2006 14(6):572-82	Escócia
A4	Quitting smoking and experience of smoking cessation interventions among UK Bangladeshi and Pakistani adults: the views of community members and health professionals.	White M, Bush J, Kai J, Bhopal R, Rankin J	Journal of Epidemiology & Community Health Inglaterra	2006 60(5): 405-411	Escócia
A5	Making sense of the challenge of smoking cessation during pregnancy: a phenomenographic approach.	Abrahamsson A, Springett J, Karlsson L, Ottosson T	Health Education Research Inglaterra	2005 Jun;20(3):367-78	Suécia

A6 Smoking cessation for patients with head and neck cancer: a qualitative study of patients' and nurses' experiences in a nurse-led intervention. Sharp L, Tishelman C *Câncer Nursing*

EUA 2005

28(3):226-35 Suécia

A7 Using formative evaluation to improve a smoking cessation intervention for pregnant women. Crawford M, Woodby L, Russell T, Windsor R *Health Communication*

EUA 2005

17(3): 265-281 EUA

A8 The description and evaluation of a longitudinal pilot study of a smoking relapse/reduction intervention for perinatal women Chalmers K, et al *Journal of Advanced Nursing*

Inglaterra 2004

45 (2): 162-71 Canadá

A9 The struggle to quit: barriers and incentives to smoking cessation. Moffatt J, Whip R *Health Education Journal* 2004

63(2): 101-112 Austrália

A10 Context and beliefs about smoking and smoking cessation. Pletsch PK, Morgan S, Pieper AF *MCN The American Journal of Maternal Child Nursing*

EUA 2003

28(5):320-5 EUA

A11

Barriers to smoking cessation in pregnancy: a qualitative study.

Tod AM

British Journal of Community Nursing

Inglaterra

2003

8(2):56-64

Inglaterra

A12 Smoking cessation in New Zealand: education and resources for use by midwives for women who smoke during pregnancy. Pullon S, McLeod D, Benn C, Vickers A, White S, Cookson T, Dowell A, Green *Health Promotion International*

Inglaterra 2003

18(4):315-25 Nova Zelândia

A13 Pregnant women's perception of the implementation of smoking cessation advice McCurry N, Thompson K, Parahoo K, O'Doherty E, Doherty AM *Health Education Journal*

EUA 2002

61 (1): 20-31 Suécia

A14 Women's experiences of smoking during and after pregnancy as ascertained two to three years after birth Lendahls L, Öhman L, Liljestrand J, Håkansson A *Midwifery*

Escócia 2002

18(3): 214-222 Suécia

CONCLUSIONS

In the difficulties factors is the majority vision that they did not manage to stop to smoking, or that had ?relapses?, on the other side of

the facilities factors, in which is observed, for the most part, the individuals' voice who managed to stop to smoking. The identified predominant themes were: Context, gender, reasons for smoke and to abandon the cigarette, beliefs, costs, benefits, social and family relationships, pharmacotherapy and sentiments expressed. The terms related social to dwelling in low income regions, habitation in precarious or collective terms, violent environments and of economic privation, as well as the education low level (A1, A10, A11) are pointed as terms of difficulties in smoking ceasing, reason for smoke and concrete barrier to the intervention processes (A5, A10). With regard to gender matters, there is manifestation that women of the north American ethnic minorities receive better the professional counseling when compared to the men (A2), who do not consider smoking like a disease (A2, A11). Also there is difference in smoking behavior of different goods, in different ethnos (A2, A12). The reasons for continue smoking are related to habit, vice, routine (A3, A5, A6, A9); relaxation, stress and relief reduction for annoyances (A3, A4, A10, A11, A13); comfort and fun (A3, A11, A13); the cigarette is considered company, interpreted with affective focus (A9, A14). Such reasons are faced as associations related positive to cigarette and as protection barriers, which would justify, for the subjects, smoking behavior maintenance (A5). Yet among reasons for abandon the cigarette, it manifests the preoccupation with its own health (A3, A4, A9); wish to adopt a healthy lifestyle (mentioned by a youth in the article A2); focus in the behavior, routine change planning (A9); religious sensibilization (A3) or related to society (A9); or, yet, wish of if liberate of the vice (A13). Also there are economic reasons, associated to the cigarette high cost (A4).

From beliefs systems, the manifestations they relate to the minimizing of the risk (A4); believe to have control on the cigarette (A3, A4); consider exaggerated the malefactions attributed to the cigarette, because there are things very worse (A5, A14); relate the deriving symptoms of smoking to other factors, like advanced age or, yet, know severe smoking that are healthy (A4, A11). It concludes that methasyntese technique it presents as important methodology in the nursing scope because it favors analyses and interpretations with potential of providing visibility and impact in the process of care and for to be care, supplying elements for assumption of decision.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Chaves EC, Mendonça LGT. Uso e dependência do tabaco. In: Bensenor IJM, Tibério IF, Bernik M, Silva FM, Dórea EL, Lotufo PA, editores. Medicina em ambulatório. São Paulo: Sarvier; 2005. p. 62-72.
2. Gastaldo D. É a educação em saúde saudável? Repensando a educação em saúde a través do conceito de bio-poder. In: Mercado FJ, Gastaldo D, Calderón C. Paradigmas e diseños de la investigación cualitativa en salud: una antología iberoamericana. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 2002.
3. Kenford SL, Fiore MC. Promoting tobacco cessation and relapse prevention. *Med Clin N Am.* 2004;88(6):1553-74.
4. Labonte R. Health promotion and empowerment: reflections on professional practice. *Health Educ Q.* 1994;21(2):253-68.
5. Marques ACPR, Campana AAM, Gigliotti AP, Lourenço MTC, Laranjeira R. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. *Rev Bras de Psiquiatr.* 2001; 23(4):200-14.
6. Milton Keynes Primary Care Trust. Critical Appraisal Skills Programme (CASP): making sense of evidence. London: Oxford; 2002.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
8. Sandelowski M, Barroso J. Toward a metasynthesis of qualitative findings on motherhood in HIV-positive women. *Res Nurs Health.* 2003a;26(2):153-70.
9. Sandelowski M, Barroso J. Writing the proposal for a qualitative research methodology project. *Qual Health Res.* 2003b;13(6):781-820.

AUTORES/AUTHORS:

Rogério Manuel Clemente Rodrigues

TÍTULO/TITLE:

Functional evaluation in community-dwelling elderly: implications to nursing practices

1 Objectives: The aim of this study is to evaluate the functional physical and mental abilities as well as the activities of daily living (ADL) in the community-dwelling elderly for the planning of the health care and the implementation of services.

2 Methods:

Background:

Disability in old age may pose barriers to the achievement of goals and the ability to carry on roles that are important to a person. Knowledge about the functional disability in physical and mental areas in old people is crucial for the planning of interventions by the health technicians 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11. Also, the decline of physical function of older adults, associated with loss of independent living status, is a major public health concern. Knowledge about the status of instrumental activities of daily living (IADL) and physical activities of daily living (PADL) in older people are important indicators in health care and nursing 12, 13.

Design: Quantitative study of descriptive-correlation type with a cross-sectional temporal dimension.

Sample: The sample, constituted of 202 elderly (three age groups: 65-74; 75-84 and ≥85 years old), 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: functional ability in physical and mental health and activities of daily living.

Independent variables: socio-demographic variables.

Instruments, method of data collection: Starting from the elderly population enrolled in a Health Centre and using the QAFMI (Portuguese version of the Older Americans Resources and Services) 14, we evaluate the functional status in the physical and mental health and the functional status for the physical and instrumental activities of daily living.

Data analysis: a) descriptive analyses on the most common pathologies, their limitation and medication consumption; b) functional evaluation using the score given by the computer software based on the score model of QAFMI. And c) ? Analyses on the PADL and IADL that are realized by the elderly without help and of the existence of urinary incontinence 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

3 Results: Related to physical health as main results we point out, referring to pathologies, high blood pressure is the most common with 54.5% in the total of the sample, followed by arthritis or rheumatism (41.6%), heart trouble (34.7%), circulation troubles (24.3%), diabetes (18.8%) and effects of stroke (13.9%). The pathologies which interfere more in physical abilities are in a decrease order: asthmatic, cancer and Parkinson disease (100%), chronic bronchitis (83.3%), skin disease (78.6%), arthritis or rheumatism (77.4%), effects of stroke (75%) and circulation troubles (53.1%). Related to the consumption of medication it is observed that for the most cited pathologies (hypertension and cardiac problems) there is a great percentage of consumption and for others related to chronic disease a lower percentage (arthritis or rheumatism. In technical help needed the dental prosthesis, tripod, wheelchair and vesicle catheter with statistical significant differences between groups and gender. As for the main results due to physical functional abilities there was no difference statistically significant in the comparative study between gender and age groups, the highest percentage were found in the classification of ?mildly physical impaired? with 41.2% of men and 59.8% of women from the total sample. The QAFMI classification shows that there are differences when the analysis refers to the age groups, with lower scores for the oldest old group. Related to the mental functional abilities the main results demonstrate that there is a statistical significant difference for the diverse age groups with an increase of impaired capacity for the oldest old group. For the whole of the sample the gender differences exist

being worst scored the women. The QAFMI classification show, for the whole sample, that 58.7% of men and 41.8% of women are ?moderately mentally impaired? been the women also worst scored.

Related to activities of daily living as main results we point out that in what is concern to the instrumental activities of daily living, it was evidenced significant differences of score 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 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).

4 Discussion: As a synthesis and conclusion of the study, firstly, related to the physical and mental health we point out the fact those women and the oldest, in general, appearing as the ones that present lower functional physical abilities. The classification by the model QAFMI regarding the area of mental health reports us to the approach of cognitive decline, perception of memory loss, like other studies, the difference between genders, resulting in worse scores for women.

These results suggest, as implications to the practice, a 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 to the felted needs by the community-dwelling elderly due to their functional abilities and limitations.

Secondly, concerning the activities of daily living we point out that the difficulty in performance of some ADL?s it happens firstly in relation to the IADL, that are more complex, including the use of phone, the ability of manage the money, using transport and to go shopping without help, being women?s with worst score in this IADL?s compared to men, and the opposite related to preparing meals and housing. PADL?s losses most often arise after the loss of IADL, emphasis among these are the bathe or shower-bath with lower percentage of older persons able to perform this task without help.

As so, these results support the policy of helping older persons to stay as active and independent of help as possible and to continue staying in own home doing their daily living. Also suggest as implications to the practice, a coordinated intervention, appearing, once again, the Health Centre, and the nurses, as the entities capable of generating and promoting an effective intervention that maximize and promotes the resources distribution to the felted needs by the community-dwelling elderly due to their satisfaction with their daily lives.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Alkema GE; Reyes JY; Wilber KH. Characteristics associated with home and community-based service utilization for medicare managed care consumers. *The Gerontologist*, 2006; 46(2): 173-182.
- 2- Bailey A. National Service Framework for older people: promoting health. *Br J Nurs*. 2002; 11(7):469-476.
- 3 - Nolan M. Successful ageing: keeping the person in person-centred care. *Br J Nurs*. 2001; 10(7):450-454.
- 4- Fillenbaum GG; Smyer MA. The development, validity, and reliability of the OARS multidimensional functional assessment questionnaire. *J Gerontology*.1981; 10(4):428-434.
- 5- Fillenbaum GG. Multidimensional functional assessment of older adults. *The Duke Older Americans Resources and Services*

Procedures. Hilldale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.

6- Patiño PE. Valoración multidimensional de la tercera edad en el municipio de Vigo [PhD Thesis]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela; 1994.

7- 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.

8 - Ferreira PL; Rodrigues RMC; Nogueira DMS. Avaliação multidimensional em idosos. Coimbra: Mar da Palavra; 2006.

9- 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.

10- Rodrigues RMC. Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços. Coimbra: Mar da Palavra, 2009.

11- 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.

12- Brach J S; VanSwearingen JM (2002). Physical impairment and disability: relationship to performance of activities of daily living in community-dwelling older men. *Physical Therapy*. 2002; 82(8):752-761.

13- Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: from miracle to reality. *J Gerontol S A Biol Sci Med Sci*. 2004; 59A(5):473-477.

14- Ferreira PL; Rodrigues RMC. Portuguese version of the OARS Multidimensional Functional Assessment of Older Adults Questionnaire. *Qual Life Res*.1999; 8(7):597.

AUTORES/AUTHORS:

Margarida Ferreira, Constança Paúl

TÍTULO/TITLE:

SLEEP PATTERNS OF PORTUGUESE HIGH SCHOOL ADOLESCENTS

INTRODUCTION

Sleep is essential to the maintenance of a healthy lifestyle (Curcio et al., 2006). Its lack is associated with a variety of negative effects in health (Curcio et al., 2006) and may even threaten life (National Sleep Foundation, 2000).

The deprivation of sleep is one of the problems of the modern society, not only in adolescence but also in other age, preferring people to sacrifice some of their time to sleep in order to carry out some activities of interest (Curcio et al., 2006).

In adolescence, deep changes occur in the sleep pattern (Russo et al., 2007). The physical changes, as well as the cognitive, social and emotional, which take place in adolescence, may have a significant impact in behaviour, and in sleep patterns too (O'Brien & Mindell, 2005; Yang et al., 2005). Factors that influence the sleep pattern during adolescence are of biological and behavioural order (Stallones et al., 2006; Yang et al., 2005), including in the first one changes in the sleeping needs and in the second one greater needs of study, work and more social demands (Stallones et al., 2006).

During adolescence sleep patterns change, namely the time to go to bed and time to get up (Wolfson & Carskadon, 1998), with a tendency to go to bed late and get up late (Giannotti et al., 2002). There is a reduction in total sleep time (Lagerberg et al., 2001) and an irregularity in the patterns (Giannotti et al., 2002), with different times at weekend (Knutson & Lauderdale, 2007; Lagerberg et al., 2001), as a direct consequence of the lost sleep during the week (National Sleep Foundation, 2000).

AIM

The main objective of this study is to analyze the sleep patterns of high school adolescents.

METHODS

We carried out a descriptive and exploratory study. Data collection was done using an anonymous questionnaire (filled in on a voluntary basis in the classroom) and took place between June and November of 2005.

The sample used in this study came from five schools located in the district of Porto and comprises 680 adolescents attending the 10th grade (35,0%), the 11th grade (41,2%), and the 12th grade (23,8%). The majority (59,6%) of adolescents that participated in the study are female and are aged between 15 to 19 years old, and on the average 16,6 years old (SD=1,03). Taking into consideration various common aspects among youngsters at certain age slots, adolescence is frequently divided into three phases: an initial stage, from 10 to 13 years old; an intermediate stage, from 14 to 16 years old; and the final stage, from 17 to 19 years old (Bekaert, 2005). This classification was also adopted in our study, and as a consequence we will deal with the variable 'age' according to these three stages.

FINDINGS

During class periods the majority of the students (61,1%) sleep less than 8h, but during the weekend most of them (83,5%) will sleep 8h or more. On the average they sleep 7,38h per night during the week (SD=0,79), and 8,69h during the weekend (SD=1,27).

The adolescents involved in this study go to bed between 8,30 pm and 3,00 am and get up between 6,30 am and 12,00 am during the week. During the weekend they go to bed between 10 pm and 8,00 am and get up between 5,00 am and 5,00 pm. We concluded that the adolescents go to bed ($t(658)=-30,53$, $p=0,000$) and get up ($t(662)=-49,42$, $p=0,000$) significantly later during the weekend.

The majority of girls (56,9%) and boys (67,3%) sleep less than 8h per night during class periods and more than 8h per night during the weekend. During the week girls sleep more than boys ($U=49805,00$, $p=0,007$), and they go to bed ($t(535,27)=-7,29$, $p=0,000$) and get up ($t(518,66)=-2,84$, $p=0,005$) earlier than them. During the weekend, the girls will also go to bed ($t(481,95)=-7,03$, $p=0,000$) and get up ($t(516,51)=-5,34$, $p=0,000$) earlier.

The majority of the adolescents, regardless of age, have less than eight hour sleep during the week, with the younger ones sleeping in average 7,37h (SD=0,79) and the older ones 7,40h (SD=0,80). At weekend, regardless of age, the majority of the adolescents sleep 8h or more, and the ones aged between 14 and 16 sleep more (8,84h average, SD=1,20) than the ones aged between 17 and 19 (8,55h average, SD=1,31). During the week the youngest participants in our study (15 and 16 years old) go to bed ($t(673)=-3,73$, $p=0,000$) and get up ($t(664,89)=-2,37$, $p=0,018$) earlier than the older ones (17 to 19 years old).

During the weekend the older participants in our study sleep less ($rsp(672)=-0,076$, $p=0,05$) and go to bed ($t(628,00)=-3,86$, $p=0,000$) later than those that are younger.

In our group of adolescents that use a computer and/or playstation for more than 10 hours per week, there is a higher percentage of participants that sleep less than 8 hours per night ($rsp(610)=-0,11$, $p=0,005$).

DISCUSSION

The results obtained in our study are in accordance with those available from other works in this area (O'Brien & Mindell, 2005; Yang et al., 2005) that described that: the typical sleep pattern has a discrepancy between week and weekend, with a rise on weekend to compensate the hours of sleep lost during the week (Knutson & Lauderdale, 2007; Millman et al., 2005); the time to go to bed and to get up at weekend (Hansen et al., 2005) is later than in the week (O'Brien & Mindell, 2005; Millman et al., 2005) and that adolescents sleep less than the recommended during the week (O'Brien & Mindell, 2005).

The fact of going to bed earlier in the school days (48,1%, $n=324$, of adolescents go to bed after 11 pm may be difficult in the participants that frequent the secondary school, taking into account the quantity of school work and the social demands proper of this age. On the other hand, the fact of going to bed later on weekend may be explained by the facts that they don't need to get up early in the following morning, they like to go to bed late, by the social demands proper of this stage of life, and by the changes in the circadian rhythms of the sleep that arise in this stage of the life cycle.

The fact of waking up later at weekend may be related not only with the typical sleep pattern of adolescence, go to bed late and get up late, but also with the fact of not having classes, go to bed later or even with an attempt to recover the lost sleep during the week. Studies carried out in several countries confirm a strong tendency to go to bed and get up later during the years of adolescence (Carskadon et al., 2004).

The older adolescents have a later time to go to bed in the days of class and weekends, comparing with the younger ones ($p=0,000$ and $p=0,000$, respectively), and also get up significantly later during week than the younger ones ($p=0,018$). These results are in agreement with the ones of O'Brien & Mindell (2005).

It was also verified that the adolescents of female gender go to bed and get up significantly earlier than those of the male gender, during the week and the weekend. These conclusions are identical to ones of the study of Carskadon (1990), that concluded that girls go to bed and get up earlier than boys, during week and weekend. Yang et al. (2005) and Wolfson and Carskadon (1998) also concluded that girls get up significantly earlier than boys during the week, although in the weekend the opposite would happen.

As other researchers suggested (Yang et al., 2005; Wolfson & Carskadon, 1998), we assume that the difference in the time to get up in the days of classes may be related with the need that female adolescents have of more time to get ready, and in the weekend with a greater responsibility in the domestic activities. The fact that girls go to bed earlier may be related with the earlier time of waking up, so that this way they can avoid a decrease in the total sleep time. It can also be thought that in weekends that fact may be due to a greater parental control when it comes to go out and the time to come back home, that is still noticed in some social strata.

In our study, as well as in the one of Wolfson & Carskadon (1998), we verified that in the weekend nights the older adolescents sleep significantly less than the younger ones ($p=0,05$). A possible explanation for this is the greater autonomy and responsibility that adolescents acquire as they grow up and that may lead parents to allow them to return later when they go out at night and to be more liberal in their time to go to bed, without having compensation in the time to get up, which leads to a reduced number of sleeping hours.

Relatively to the relation between the time spent on the computer and/or playstation and the total sleep time during the week and the

weekend, it was verified that adolescents which use the computer and/or playstation more than 10 hours per week sleep significantly less ($p=0,005$) during the week than those who spend less than 10 hours in this activity. The computer and the internet access are a way of socialization and communication greatly used by the adolescents, interfering with their total time of sleep. The interference of video games or playstation in the sleep pattern may be related not only with the decrease of the total time to sleep but also with the increase of excitation they produce, making it difficult to attempt to sleep after their utilization.

CONCLUSION

The main conclusions of our research indicate that the total sleep time decreases during adolescence; that the students in higher school grades to go to bed later; that the adolescents show important deviations between their sleep time during the week and during the weekend, and that they live in a sleep deprivation pattern. It is beyond doubt that the adolescents need more than 7,38h of sleep during the week (the average value in our sample), not only to be able to face their academic duties, but also to enable their healthy development.

Our research has shown that the adolescents adopt risk behaviours with respect to sleep, compromising their well-being, their present and frequently also their future health condition.

Teaching adolescents about the importance of sleep is an important task for nurses. The risk factors that were detected lead us to believe that nurses should develop education actions for adolescents, teaching them about sleep patterns and good practices. They should teach them the causes and consequences of inadequate sleep, as well as hygienic sleep procedures, in order to reduce the problems that were identified in their behaviour, which were seen to worsen during adolescence.

If adolescents understand and learn to improve their sleep patterns while they are young, they may have improved sleep habits in adulthood.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Bekaert, S. (2005). *Adolescents and sex: The handbook for professionals working with young people*. Oxford: Radcliffe Publishing.
- Carskadon, A. (1990). Patterns of sleep and sleepiness in adolescents. *Pediatrician*, 17(1), 5-12.
- Carskadon, A., Acebo, C., & Jenni, O. G. (2004). Regulation of adolescent sleep implications for behaviour. *Annals New York Academy of Sciences*, 1021, 276-291.
- Curcio, G., Ferrara, M., Gennaro, L. (2006). Sleep loss, learning capacity and academic performance. *Sleep Medicine Reviews*, 10, 323-337.
- Giannotti, F., Cortesi, F., Sebastiani, T., & Ottaviano, S. (2002). Circadian preference, sleep and daytime behaviour in adolescence. *Journal of Sleep Research*, 11(3), 191-199.
- Hansen, M., Janssen, I., Schiff, A., Zee, P. C., & Dubocovich, M. L. (2005). The impact of school daily schedule on adolescent sleep. *Pediatrics*, 115, 1555-1561.
- Knutson, K. L., & Lauderdale, D. S. (2007). Sleep Duration and Overweight in Adolescents: Self-reported sleep hours versus time diaries. *Pediatrics*, 119, e1056-e1062.
- Laberge, L., Petit, D., Simard, C., Vitaro, F., Tremblay, R. E., & Montplaisir, J. (2001). Development of sleep patterns in early adolescence. *Journal of Sleep Research*, 10, 59-67.
- Millman, R., Working group on sleepiness in adolescents/young adults, & AAP Committee on adolescence. (2005). Excessive sleepiness in adolescents and young adults: Causes, consequences and treatment strategies. *Pediatrics*, 115, 1774-1786.
- National Sleep Foundation. (2000). *Adolescent sleep needs and patterns: Research report and resource guide*. Consultado em 20 de Março de 2008 através de http://www.sleepfoundation.org/atf/cf/%7BF6BF2668-A1B4-4FE8-8D1A-A5D39340D9CB%7D/sleep_and_teens_report1.pdf
- O'Brien, E. M., & Mindell, J. A. (2005). Sleep and risk-taking behavior in adolescents. *Behavioral Sleep Medicine*, 33(3), 113-133.
- Russo, M., Bruni, O., Lucidi, F., Ferri, R., & Violani, C. (2007). Sleep habits and circadian preference in Italian children and adolescents. *Journal of Sleep Research*, 16(2), 163-169.
- Stallones, L., Beseler, C., & Chen, P. (2006). Sleep Patterns and risk of injury among adolescent farm residents. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(4), 300-304.
- Wolfson, A. & Carskadon, M. A. (1998). Sleep schedules and daytime functioning in adolescents. *Child Development*, 69(4), 875-887.
- Yang, C., Kim, J., Patel, R., & Lee, J. (2005). Age-related changes in sleep/wake patterns among Korean teenagers. *Pediatrics*, 115, 250-256.

Mesa de comunicaciones 12: Salud mental / Personas mayores**Concurrent session 12: Mental health / Elderly****AUTORES/AUTHORS:**

Juan Francisco Roldán Merino, Teresa Lluch Canut, Manuela Menarguez Alcaina, Montserrat Sabadell Gimeno, María Dolores Royo Arán, Cacilda Issufo Jetha Araquechande, Alexandrina Foix Sanjuan, Sonia Saez Dolado, Eva Morcillo

TÍTULO/TITLE:

VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESQUIZOFRENIA

Introducción:

No existe un cuestionario para evaluar los autocuidados y que se base en un Modelo de Enfermería que haya sido diseñado por enfermeras.

Dorothea Orem en su "Teoría General del Déficit de Autocuidado" define Autocuidado como "las acciones personales que emprende y realiza cada individuo con el fin de mantener su vida, su salud y su bienestar; y responder de manera constante a sus necesidades en materia de salud". Según este modelo de cuidados, el objetivo de la Enfermería es ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. Este modelo nos parece el más adecuado para trabajar con enfermos mentales.

Existen tres tipos de autocuidados definidos en la teoría de Orem:

1. Los derivados de las necesidades fundamentales del ser humano: oxigenación, alimentación, hidratación, actividad y reposo, etc.
2. Los derivados de las necesidades específicas que se derivan de determinados momentos del desarrollo vital: niñez, embarazo, vejez,?
3. Los derivados de las desviaciones del estado de salud: en caso de enfermedad que haga preciso realizar determinadas acciones para enfrentarse a ella o a sus consecuencias.

Pensamos que el diseño de un Cuestionario para evaluar los autocuidados basado en el Modelo de Dorothea Orem puede resultar muy útil para la práctica asistencial diaria.

Objetivos**General:**

Validar un instrumento de valoración de enfermería basado en los requisitos de autocuidado según el modelo de enfermería de Dorothea Orem.

Específicos:

1. Estudiar la fiabilidad del cuestionario del modelo de enfermería de Dorothea Orem, mediante el análisis de la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach y la repetibilidad mediante la concordancia interobservador.
2. Estudiar la validez del Cuestionario basado en el modelo de enfermería de Dorothea Orem, mediante la evaluación de la validez de constructo.

Material y métodos:

Diseño: Estudio transversal de fiabilidad y validez.

Lugar de Estudio: El estudio se ha realizado en los centros de salud mental (CSM) de Gavà, Cornellà, Esplugues, Castelldefels, Ciutat Vella, Garraf, Cerdanyola, el Prat y Badalona que atienden en total a una población adulta de 1.390.152 habitantes.

Población objetivo: Todos los Sujetos de ambos sexos, con diagnóstico de esquizofrenia en contacto con el CSM.

Criterios de inclusión:

Diagnóstico de esquizofrenia según clasificación DMS-IV

Edad entre 18 y 64 años.

Como mínimo un contacto con el CSM en el último año.

Criterios de exclusión:

Presencia de crisis de la enfermedad en el momento de la valoración.

Usuarios que presenten comorbilidad con retraso mental de cualquier tipo, cuadros orgánicos tipo demencias y / o abuso de alcohol u otras drogas.

Población de estudio:

Ha sido una muestra de la población objetivo a partir de un muestreo consecutivo que abarco diferentes estadios de gravedad, según escala de funcionamiento global (GAF).

Calculo del tamaño muestral:

El cálculo del tamaño de la muestra se ha basado en el objetivo del análisis de la fiabilidad. Para un coeficiente alfa esperado de 0,7, una precisión del 5% y un nivel de confianza del 95% la muestra necesaria estimada ha sido de 325 pacientes.

Metodología de la recogida de datos:

En una primera fase se revisó y adaptó el cuestionario al modelo conceptual de Dorothea Orem, mediante el consenso del equipo investigador y de un grupo de profesionales expertos. Posteriormente con la última versión del cuestionario se realizó una prueba piloto a un grupo pequeño de pacientes diagnosticados de esquizofrenia con el objetivo de valorar el nivel de comprensión del cuestionario y la factibilidad de su administración.

En una segunda fase se realizó propiamente el estudio transversal de fiabilidad y validez. Para este estudio se reclutaron de forma consecutiva a todos los pacientes que acudían a los centros de salud mental durante los años 2007 y 2008, que cumplieran con los criterios de inclusión, hasta completar el tamaño total de la muestra. A los usuarios seleccionados se les informó del estudio y se les solicitó el consentimiento para administrarles el cuestionario de valoración de los requisitos de autocuidado de Dorothea Orem y el cuestionario Life Skills Profile (LSP). Estos cuestionarios se pasaron en la misma visita y cada uno de ellos por un observador diferente. Se les citó a otra nueva visita a los 15 días para volver a administrarles el cuestionario de valoración de los requisitos de autocuidado de Dorothea Orem, por un observador diferente al primero.

Fuentes de información:

1. El Instrumento de Valoración de Autocuidado mide el grado de cumplimiento de los cuidados de salud y la capacidad del individuo de llevar una vida autónoma mediante el abordaje de los requisitos propuestos en la teoría de Orem. Es una escala tipo likert compuesta por 35 preguntas o ítems, valorados de 1 a 5 cada ítem. La puntuación total del Instrumento de Valoración de los Requisitos de Autocuidado es la suma de todas las puntuaciones de los ítems.

Una puntuación alta en cada requisito o para el total del Instrumento de Valoración de los Requisitos de Autocuidado indicaría un déficit en la satisfacción de los requisitos de autocuidado por parte del paciente, lo que justificaría la necesidad de una intervención de enfermería específica.

Por el contrario, una puntuación baja indicaría un adecuado cumplimiento de los requisitos de autocuidado.

2. La escala LSP (Life Skills Profile) Adaptada al castellano : mide el perfil de habilidades de la vida cotidiana mediante 5 subescalas: 1 Autocuidado (conductas de autocuidado propiamente dichas). 2 Comportamiento social interpersonal (conductas conflictivas o no en el ámbito interpersonal). 3 Comunicación - contacto social (nivel de participación y relación social del sujeto con su entorno). 4 Comportamiento social no personal (conductas personales realizadas sin existir relación con otras personas). 5 Autonomía (conductas que implican un cierto nivel de autonomía). La escala LSP está compuesta por 39 preguntas o ítems, valorados de 1 a 4

cada ítem. La puntuación total del LSP es la suma de todas las puntuaciones de los ítems. Una puntuación alta en cada subescala o para el total del LSP indica un nivel de funcionamiento alto o una baja incapacidad.

Análisis estadístico:

Se ha realizado un análisis de la consistencia interna de las diferentes escalas del cuestionario mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Sus valores están comprendidos entre 0 y 1, aceptando que el valor ha de ser igual o superior a 0,7 para considerar que un instrumento tiene una buena consistencia interna.

Se ha realizado también un análisis de la repetibilidad mediante la concordancia interobservador, mediante el coeficiente de correlación intraclase, donde sus valores también están comprendidos entre 0 y 1 aceptando que el valor ha de ser superior o igual a 0,7 para considerar una buena concordancia.

Se ha analizado la validez de constructo mediante diferentes métodos:

1. Análisis de la validez discriminante mediante la comparación de medias de las escalas del cuestionario basado en el modelo de Dorothea Orem entre distintos grupos (GAF inferior o igual a 50 y GAF superior a 50).

Para este análisis se ha utilizado la prueba de la t de Student.

2. Análisis de la validez convergente mediante el análisis de correlación de las escalas del cuestionario basado en el modelo de Dorothea Orem y la escala LSP adaptada al castellano.

Para este análisis se ha utilizado el coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados:

Se realizó una prueba piloto para valorar la factibilidad y/o viabilidad del cuestionario. Para ello cada enfermera entrevistadora (2 enfermeras) ha realizado 10 entrevistas, evaluando el tiempo empleado en la cumplimentación del cuestionario (entre 20 a 30 minutos), la claridad y comprensión de las preguntas así como la facilidad de la puntuación.

Para el estudio de fiabilidad y validez se han incluido 341 pacientes, a los que se les ha realizado la primera entrevista con el cuestionario de Orem y la entrevista con el cuestionario LSP. De éstos sólo a 328 pacientes se les ha realizado las dos entrevistas con el cuestionario de Orem.

El coeficiente de consistencia interna de alfa de Cronbach para el total de la escala ha sido de 0,87, superior a 0,70, que es el valor mínimo que se considera que ha de tener un instrumento para tener buena consistencia interna. También se han calculado los diferentes valores del alfa de Cronbach excluyendo cada ítem o pregunta del cuestionario. No se ha observado que la exclusión de ninguna pregunta mejore la consistencia interna del cuestionario de forma relevante.

Se ha calculado el coeficiente de correlación intraclase (CCI) de la escala total y para cada uno de los requisitos de autocuidado según modelo de Orem. El CCI total ha sido de 0,90 y para todos los requisitos de autocuidado también han sido superiores a 0,70. Para este análisis se han incluido los 328 pacientes que tenían las dos entrevistas realizadas.

El análisis de la validez discriminante se ha obtenido mediante la comparación de medias de las escalas del cuestionario basado en el modelo de Dorothea Orem entre distintos grupos (GAF inferior o igual a 50 y GAF superior a 50). En este análisis se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p=0,0001$) en el sentido de que la media de puntuación del cuestionario de Orem es superior en los pacientes con un GAF inferior o igual a 50 (diferencia de medias igual a 9,73; IC del 95% (4,67 ? 14,79).

Se ha realizado el análisis de la validez convergente mediante el análisis de correlación de las escalas del cuestionario basado en el modelo de Dorothea Orem y la escala LSP adaptada al castellano.

La correlación obtenida según el coeficiente de Pearson entre las puntuaciones totales de las dos escalas ha sido de -0,520

($p < 0,01$).

Conclusiones:

El instrumento de valoración de Autocuidados según Orem es un instrumento válido y fiable para evaluar los autocuidados de los pacientes con esquizofrenia.

El análisis de consistencia interna ha demostrado una alta homogeneidad entre todos los items del cuestionario y el test-retest ha demostrado una elevada concordancia.

Este cuestionario ha mostrado también evidencias de validez discriminante y una buena correlación con la escala LSP.

Agradecimientos:

Financiado por el Instituto de Salud Carlos III, FIS PI051587.

Instituto de Salud Carlos III, Centro de Investigación en Red de Salud Mental, "CIBERSAM".

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Burges V, Fernandez A, Autonell J, Melloni F, Bulbena A. Spanish adaptation and validation of the brief form of the Life Skills Profile-20: an instrument to assess daily living skills in real clinical settings. *Actas Esp.Psiquiatr.* 2007 Mar-Apr;35(2):79-88.
- (2) Callaghan D. Healthy behaviors, self-efficacy, self-care, and basic conditioning factors in older adults. *J.Community Health Nurs.* 2005 Fall;22(3):169-178.
- (3) Clark CC. Wellness self-care by healthy older adults. *Image.J.Nurs.Sch.* 1998;30(4):351-355.
- (4) Denyes MJ, Orem DE, Bekel G, SozWiss. Self-care: a foundational science. *Nurs.Sci.Q.* 2001 Jan;14(1):48-54.
- (5) Duran Escribano M. Nursing diagnoses. An instrument for administering care. *Rev.Enferm.* 1993 Oct;16(182):32-39.
- (6) Evers GC, Isenberg MA, Philipsen H, Senten M, Brouns G. Validity testing of the Dutch translation of the appraisal of the self-care agency A.S.A.-scale. *Int.J.Nurs.Stud.* 1993 Aug;30(4):331-342.
- (7) Evers GC, Isenberg MA, Philipsen H, Senten M, Brouns G. Validity testing of the Dutch translation of the appraisal of the self-care agency A.S.A.-scale. *Int.J.Nurs.Stud.* 1993 Aug;30(4):331-342.
- (8) Feelisch M, Fernandez BO, Bryan NS, Garcia-Saura MF, Bauer S, Whitlock DR, et al. Tissue processing of nitrite in hypoxia: An intricate interplay of nitric oxide-generating and -scavenging systems. *J.Biol.Chem.* 2008 Oct 3.
- (9) Geden E, Taylor S. Construct and empirical validity of the Self-As-Carer Inventory. *Nurs.Res.* 1991 Jan-Feb;40(1):47-50.
- (10) Halfens RJ, van Alphen A, Hasman A, Philipsen H. The effect of item observability, clarity and wording on patient/nurse ratings when using the ASA scale. *Scand.J.Caring Sci.* 1999;13(3):159-164.
- (11) Holzemer WL. Linking primary health care and self-care through case management. *Int.Nurs.Rev.* 1992 May-Jun;39(3):83-89.

AUTORES/AUTHORS:

Anna Ramió, Ramón Martín, Anna Pastor, Jesús Etayo, Miguel Martín, Angeles Pedrola, Gabino Gorostieta

TÍTULO/TITLE:

Necesidades Espirituales al final de la vida

1. Introducción

El estudio emerge de la necesidad de profundizar sobre las necesidades espirituales de las personas enfermas en la última etapa de su vida, desde la perspectiva de sus propios protagonistas, con la finalidad de contribuir a la reflexión. La atención espiritual a hombres y mujeres enfermas aporta calidad de vida al final de sus trayectorias vitales, y ayuda a tomar conciencia de un proceso intrínsecamente ligado a la vida.

2. Objetivo:

Comprender en profundidad las necesidades espirituales de las personas enfermas en la última etapa de sus vidas.

3. Metodología

El estudio es de aproximación cualitativa, desde el paradigma constructivista [64], y un acercamiento fenomenológico [65], escogemos ese método por la naturaleza del tema. Tratamos de comprender en profundidad las necesidades espirituales de las personas, especialmente aquellas que por su proceso de enfermedad, pronostican que se encuentran en la etapa final de su vida. Dando relevancia a la interpretación de las necesidades espirituales por parte de sus protagonistas. Esta es financiada por la Fundación San Juan de Dios I+C2.

Los participantes son: (1) 24 personas adultas enfermas en la última etapa de la vida (pronóstico médico de máximo 6 meses de vida), conscientes y orientadas, ingresadas en 5 centros asistenciales de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios: Palma de Mallorca, Carabanchel (Madrid), Zaragoza, Pamplona, y Barcelona; (2) 42 profesionales que en la actualidad trabajan en los 5 centros antes mencionados: médicos, enfermeras, auxiliares de Enfermería, psicólogo, trabajadoras sociales, agentes de pastoral, voluntarios.

Se procede a tres formas de acercamiento metodológico. (1) revisión documental. (2) 24 entrevistas en profundidad a sus propios protagonistas: personas enfermas. (3) 6 grupos de discusión, compuestos por los profesionales del equipo asistencial. En la preparación de las entrevistas en profundidad a participantes y con la finalidad de asegurar que la muestra fuera heterogénea, en cuanto a variabilidad máxima de casos susceptibles a entrevistar, realizamos primero un censo de las personas que atienden en esas unidades. Se realiza la primera entrevista en profundidad en Enero del año 2006, considerada prueba piloto. Se valida el diseño del guión de la entrevista. En el año 2006 y el primer trimestre del 2007 se elaboran las entrevistas.

Los criterios de confiabilidad son los siguientes: (a) credibilidad: Se utilizan tres técnicas de recogida de datos para obtener información relevante desde diferentes perspectivas del tema; el análisis de los datos se realiza de forma paralela a la recogida de datos, el proceso es circular y flexible. Se realizan entrevistas en base al criterio de saturación teórica. Las transcripciones, se devuelven a los informantes. Se realiza un análisis de contenido. El primer análisis lo realizan los investigadores por separado, y después conjunto. (b) transferibilidad: los resultados se prevé que sean de utilidad en contextos similares. (c) confirmabilidad: el equipo investigador describe su posición, también establece el principio de fidelidad ética a los datos, al modo de obtenerlos y de presentarlos. Se realizan triangulaciones en la recogida de información, y en el análisis de los datos.

Criterios éticos: profesionales de cada centro y investigadores del presente estudio, son los que realicen las entrevistas en profundidad, por que son especialistas del tema. La recogida de datos realizada en la presente investigación, también ha sido la

base para el seguimiento en la atención espiritual de estas personas, dada la extrema vulnerabilidad que presentan. Se ha pedido consentimiento informado a los participantes Tiene informe positivo por el Comité Ético de investigación Clínica de la Fundación San Juan de Dios de Barcelona (CEIC).

4. Resultados y Discusión

El término necesidad se define como una exigencia vital que la persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio físico, psicológico, social, e espiritual, y asegurar su desarrollo [18]. La espiritualidad viene definida por la búsqueda de sentido de la propia vida sobre el amor, la felicidad, la muerte, la enfermedad, el sufrimiento, abarca el mundo de los valores más importantes que orientan nuestras opciones vitales, y además el ámbito de lo trascendente [19]. Las personas manifiestan la dimensión de espiritualidad a través de necesidades concretas y específicas a lo largo de toda la vida. En las unidades de Cuidados Paliativos, contemplan la dimensión espiritual como un objetivo que debe ser atendido conjuntamente, para ello se requiere de una definición de necesidades espirituales, de un modelo de interpretación, de un instrumento para su detección y evaluación, de estrategias para afrontarlas con eficacia [20].

El análisis de las necesidades espirituales de las personas enfermas incluye las siguientes categorías: (1) la necesidad de ser reconocido/a como persona; (2) las necesidades de esperanza; (3) la necesidad de encontrar sentido a su vida; (4) las necesidades éticas; (5) las necesidades estéticas (6) las necesidades religiosas; y (7) las necesidades ante la proximidad de la muerte.

En la necesidad de ser aceptados como personas se manifiesta intensamente la necesidad de amor, de afecto, de sentirse queridos ?necesito sentirme querido por todo el mundo [?] que me valoren, porque yo valoro a todo el mundo, me valoran eso sí? (Z3). La calidad de las relaciones interpersonales estructura su sentido de pertenencia, su seguridad, y su vinculación al mundo, en un proceso lleno de incertidumbres, como es el del final de la vida. También ayuda a construir su autoestima, que comúnmente esta deteriorada. Cuando ingresan en las unidades habitualmente muestran su autoestima baja, se relaciona con varios factores: el valor social que se da a lo que hacen las personas, por encima de lo que son; la vulnerabilidad extrema de su situación impide el que puedan hacer las actividades, trabajos, papeles sociales que realizaban, junto con la pérdida progresiva de autonomía personal del día a día, de las actividades cotidianas básicas; los procesos de duelo anticipado; los signos de dolor, sufrimiento, náuseas y demás manifestaciones producidas por sus enfermedades. También manifiestan un profundo anhelo a sentirse y formar parte de su familia, especialmente recuerdan el amor maternal. También en la misma medida que necesitan ser cuidados por los demás, necesitan cuidar a sus personas queridas, a través de gestos, y expresiones, tienen necesidad de dar, de gratitud hacia los otros.

La necesidad de encontrar sentido a sus vidas en el contexto y situación en que se encuentran es una de las expresiones espirituales con más peso específico. Generalmente manifiestan como a través de sus enfermedades han aprendido de la vida, ?una lección de vida, muy dura, pero muy dura? (P3), comentan, no siempre fácil, aunque con recompensas personales profundas, ?me ha hecho madurar muchísimo, me ha ayudado (la enfermedad) ahora en mi vida? (P6).. La jerarquía de valores habitualmente se transforma en relación a sus mundos afectivos y a sus creencias religiosas. Valoran con intensidad la sencillez y las cosas del día a día, que con anterioridad consideraban pequeñas.

Las necesidades estéticas aunque en este estudio no se ha podido mostrar el valor que ostenta, creemos que se ha de tener en cuenta en la atención que damos a las personas enfermas al final de sus vidas. Primero porque son formas de expresión que conectan directamente con la Trascendencia, y con el mundo. Potencian la sensibilidad y el bienestar. Identificar la importancia de las expresiones estéticas en sus vidas, es substancial ?todos tienen su corcho individual en su derecha, suelen poner la patrona de

su pueblo, [?] fotos de familia, les animo a que traigan fotos de sus nietos, otros traen la foto de su boda, tiempos buenos (GDM). Atender esta necesidad no requiere un despliegue de recursos extraordinarios, si no más bien creatividad, y sensibilidad en el cuidado diario.

A través de las necesidades religiosas habitualmente las personas manifiestan sus necesidades de espiritualidad. En este periodo de la vida, de extrema vulnerabilidad las nociones fundamentales del ser humano, su religiosidad, se manifiestan más intensamente ¿Tiene que haber algo por fuerza, y yo para mi que es Dios? (M4). Emerge la transmisión de creencias que en la infancia habían vivido, y aunque a lo largo de sus vidas no se hayan mostrado como necesarias, en esta etapa vuelven a surgir. Recuperan su sentido, forman parte del apoyo fundamental, les da paz y serenidad.

Otro dato significativo es la importancia que dan a la oración y rituales religiosos; no únicamente las personas creyentes, si no incluso personas que se manifiestan agnósticas. Las prácticas religiosas enraízan con la parte más profunda del ser humano, manifestándose en bienestar y serenidad.

En el presente estudio, se manifiesta una expresión de religiosidad muy normativa. La concepción de enfermedad como castigo divino, y el dolor como forma de mortificación, aún hoy están latentes. Son nociones que se han mantenido a lo largo de la historia de la humanidad, aunque no favorecen la relación con Dios. Otro rasgo que hemos podido detectar es la concepción errónea del sacramento de la unción, que se relaciona casi con exclusividad como signo de muerte.

Las necesidades ante la proximidad de la muerte son específicas y al mismo tiempo esenciales en este periodo de la vida. Su importancia radica en su contenido, temas como afrontar la muerte; la relectura de la vida, la reconciliación con sigo mismo y con los demás, y las creencias en el más allá de la muerte son significativos. Afrontar la propia muerte nunca es fácil, ¿miedo lo tenemos todos, porque no sabemos como vamos a estar en otro sitio? (M4), porque estamos aferrados a la vida; tenemos un cierto miedo a lo desconocido, la soledad en el momento de la muerte. El factor edad influye en este proceso. A mayor edad, mayor aceptación y toma de conciencia de la muerte. Otro tema que se ha recogido en este estudio es la evidencia de que algunas personas enfermas deciden el momento de sus muertes. Este hecho se relaciona con cuestiones que han de dejar resueltas, despedidas, con ¿el permiso a morirse? dado por algún familiar unido a su vida. Un tema de vital importancia es la relectura de sus vidas y reconciliación consigo mismo y con los demás. Generalmente visionar sus vidas lo realizan a través de criterios éticos. Estos criterios son habitualmente regidos desde la perspectiva actual, y esto dificulta su propia reconciliación sobre procesos acontecidos en el pasado. En esos casos necesitan ayuda para comprender sus vidas, y aceptarse. Otro dato importante es la búsqueda de espacios de soledad y silencio, que en determinadas circunstancias no es fácil, como en el caso de familias protectoras. Ante la muerte personal surge con más intensidad la incertidumbre del más allá de si mismo. La esperanza en Dios, la esperanza a reencontrarse con personas significativas en sus vidas, y prolongarse a través de sus hijos, a través de los pensamientos y el recuerdo de las personas que han sido importantes, proporciona confianza y paz.

Los resultados del presente estudio tratan de reflexionar sobre la espiritualidad de las personas. Las personas enfermas muestran sus inquietudes entorno a lo espiritual, y los miedos ante la muerte al profesional con el que más han conectado, y es el que ha de dar la respuesta adecuada.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía citada en el texto 18 Phaneuf, Margot. La planificación de los cuidados enfermeros. México: McGraw-Hill Interamericana; 1999. 19 Speck P.W. Spiritual issues in palliative care. En: Doyle D. Hanks GWC, Macdonald N. Oxford Textbook of

Palliative Medicine. Oxford University Press 1993. 20 Bayés, Ramón ¿Que son las necesidades espirituales? Medicina Paliativa:2005. 12 (2): 99-107. 64 Berger, P, Luckmann, T. La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu. 1986. 65 Hursserl, L The crisis of European Sciences and transcendental phenomenology. Evasnston IL: Northwestern University Press. 1970. Bibliografía consultada 1 Payas Puigarnau, Alba. Espiritualidad en la última etapa de la vida. Labor Hospitalaria, 2003 Abril-mayo-junio; 28(268): 7-14. 2 García Férez, J. Ética de la salud de los procesos terminales. Edit. S. Pablo, 1998, 43-44. 3 Saunders, C M. Cuidados de la enfermedad maligna Terminal. Barcelona: Salvat; 1980. 4 Torralba, Francecs. Necesidades espirituales del ser humano. Labor Hospitalaria, 2004 enero/febrero/ marzo; 1(271): 7-16. 5 Ricarte Díez, J I. Evaluación de los derechos de la persona en situación terminal en un hospital general. Madrid: Mapfre Medicina 2003. 6 Barbero, Javier. El apoyo espiritual en cuidados paliativos. Labor Hospitalaria, 2002 enero/febrero/ marzo; 1(263): 5-24. 7 King DE, Bushwick B. Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. J.Fam Practice, 1994; 39(4): 349-52.

Mesa de comunicaciones 13: Metodología / EBP**Concurrent session 13: Methodology / EBP****AUTORES/AUTHORS:**

Rosa Isabel Sánchez-Alonso, Raquel Hernández-Pedraza, Mercedes Jiménez-Verdú, M^a Ángeles Guzmán-Fernández, Gonzalo Duarte-Climents, M^a Begoña Sánchez-Gómez, M^a Aránzazu Fernández-Ramajo, M^a Begoña González-Bustillo, Susana Gutiérrez-De Montes

TÍTULO/TITLE:

¿Cuál es la mejor estrategia de control en pacientes anticoagulados con TAO? Revisión Sistemática

Objetivos: Comparar la efectividad de la punción venosa frente a la capilar. Comparar la efectividad de los distintos sistemas de control del INR (Internacional Normalized Ratio). Evaluar que intervenciones sobre el control de la Terapia Anticoagulante Oral (TAO) son las más eficaces y seguras. **MÉTODO:** Se realizó una revisión sistemática (RS) de la literatura. Estrategia de búsqueda incluye búsquedas en: Medline, Cochrane, Instituto Joanna Briggs, Cuiden, International Network of Agencies for Health Technology Assessment, Scielo, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud e Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud a través de la Biblioteca Virtual de Salud, entre octubre 08 y enero 09. Se formuló la pregunta siguiendo el formato PICO, y en la estrategia de búsqueda se utilizaron las siguientes palabras de texto y palabras clave descriptores en ciencias de la Salud (DeCs) y Medical Subject Headings (MeSH). **DECS:** Coagulación, Punción capilar, control INR, efectos adversos, trombosis, embolismo, hemorragia. **MeSH:** Coagulation, Puncture, capillary, Whole blood coagulation time, Blood coagulation test, monitoring, coagulometer, International Normalized Ratio (INR), Adverses effects, Embolism, trombosis, hemorrhage. Los resultados de la búsqueda se limitaron mediante los filtros pertinentes para los ensayos clínicos aleatorios (ECA) y no aleatorios (EC), metanálisis y RS. Ninguna restricción de idioma. **Criterios de Inclusión:** tema adecuado, RS, metaanálisis, Ensayos clínicos aleatorios (ECA), ensayos clínicos no aleatorios (EC) y otros estudios, fecha de publicación limitada a los 5 últimos años. Se tienen en cuenta intervenciones sobre diferentes técnicas de control del INR en pacientes con anticoagulación oral (AC). Se amplía con búsqueda referencial adicional bibliográfica. Se revisa la literatura para recopilar y analizar posteriormente los datos por 3 revisores independientes. Tras una 1^a lectura de títulos se evaluaron los resúmenes para valorar la pertinencia de su inclusión. En los estudios incluidos se evaluó la calidad de forma independiente mediante el método Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe), con consenso posterior para las no coincidencias. Los artículos se clasificaron en función de la evidencia y las recomendaciones se elaboraron siguiendo la estructura del JBI. **RESULTADOS:** Se encontraron 318 estudios (est.) utilizando diferentes combinaciones de los descriptores. Siguiendo los criterios de inclusión tras 1^a selección de lectura de título y abstract, se seleccionaron 34 est. . Se añaden 28 est. de búsqueda referencial y tras la lectura crítica, se eligieron 15 por ser considerados de mayor calidad por los revisores. Se incluyeron 4 ECA, 1 metanálisis, 4 revisiones sistemáticas, 3 EC, 2 est. descriptivos transversales, 1 retrospectivo. **Síntesis narrativa;** no se realiza metaanálisis. Connock M et al 1. RS 24 est. (16 ECA y 8 EC). Evaluación de la efectividad clínica del ATC vs seguimiento en la clínica, o control con coagulómetro portátil (CP) en sangre capilar vs sangre venosa. Resultados de complicaciones y muertes se combinan en metaanálisis. **Estadístico:** diferencia de riesgo (RD). No sesgo de publicación. No hubo RD significativa de hemorragia entre el autocontrol (ATC) y control habitual. **Análisis agrupados:** no dif. significativas en la aparición de tromboembolismos. La reducción de complicaciones no se asoció con la mejora de la anticoagulación (AC), posible explicación: formación y autonomía del paciente. Gardiner C et al 2. ECA, Reino Unido, 84 pacientes. Comparación del INR sangre venosa en laboratorio Hospital (Lab.H) vs determinación CP Coagucheck sangre capilar (recibe formación previa por enfermera). Resultados: n = 234. t de Student pareada del INR: no dif. significativas entre CP (INR media 3,02) y lab.H (INR media 3,07). Excelente correlación entre métodos (r=0,95). El 55% de pacientes considera muy fácil y el 32% fácil la prueba con CP. El 77% de pacientes prefiere el ATC al método tradicional. Leiria TL et al 3. Estudio descriptivo transversal (EDT), Brasil, 127 pacientes. Comparación de INR sangre venosa en lab. H. vs INR con CP Coagucheck sangre capilar. Límites de acuerdo de las técnicas calculado como dif. del promedio+ desviación estándar de 1.96. El índice de Kappa es 73.5%. CP sobrestimó los valores INR en 0,15 unidades (u) para todos los niveles de medición (IC95%:0,007-0,309). Coeficiente de Spearman 0,90 (IC95%:0,87-0,93, p<0,0001). INR medio: CP 2,75±1,40 Y Sangre venosa 2,59±1,41. Coagucheck no coincide con el método tradicional a partir de INR>4. Orellana, MA et al 4 EDT, España, 155 pacientes. Análisis de resultados (INR) en sangre capilar y venosa (2 lab.H). Coeficientes de correlación de Pearson: r= 0.93 entre INR capilar y lab.1; r= 0.92 entre INR capilar y lab.2, y r= 0.97 entre ambos lab.H; Acuerdo entre métodos: 0.34 entre INR capilar y lab.2, 0.24 entre INR capilar y lab.1 y 0.71 entre lab.H. Actitud terapéutica discordante en más del 50%.

Tripodi A et al 5 EC, Italia, 14 pacientes. Comparación INR entre sangre venosa y capilar. Variable de resultados principal (VRP): rendimiento CP mediante dos métodos: método simplificado de utilización de juegos liofilizados de los plasmas vs mediciones paralelas INR con CP frente al lab.H. R. No dif. significativas (dif. de medias con t de Student datos pareados) si los monitores están bien calibrados. Menéndez-Jándula B et al 6 ECA estratificado, España, 737 sujetos; 368 grupo intervención: ATC (recibe formación por enfermeras) y 369 grupo control: control mensual por hematólogo. VRP: tiempo permanencia en rango terapéutico (TPRT) 58,6% grupo intervención vs 55,6% control, (IC95%:0,4-5,4puntos). Complicaciones mayores: 2,2% vs 7,3%, diferencias significativas; diferencia de riesgo (DR) no ajustado entre grupos 5,1 puntos (IC95%:1,7-8,5 puntos). Muerte: 4,1% vs 1,6% dif. significativas. Complicaciones menores 14,5% vs 36,4%, DR no corregida en 2,5 puntos (IC95%:0,0-5,1 puntos). Broxá M et al 7 RS; 2 metaanálisis, 1 RS y 1 ECA. En ambos metaanálisis la VPR son las complicaciones mayores y menores. En todos los estudios se obtiene mayor TPRT y menor nº de complicaciones menores y nº de complicaciones mayores en el grupo del ATC, (dif. significativas). En el caso de las complicaciones menores sólo en el ECA obtienen dif. significativas. Fitzmaurice et al 8 RS con síntesis narrativa, no metaanálisis. Resultados: mayor TPRT en grupo intervención (ATC) vs grupo control (sangre venosa) (diferencias significativas en todos los estudios). Problema común: elevado nº de pérdidas En grupo intervención. Fitzmaurice et al 9 ECA multicéntrico, 617 pacientes: grupo intervención ATC y formación por enfermera (337) y grupo control sangre venosa (280). VRP: TPRT. Comparación intra grupos pre-post: t de Student y prueba de Wilcoxon. Diferencias significativas en TPRT entre resultados pre y post en grupo intervención. Comparación entre grupos: Chi cuadrado y prueba de Mann-Whitney. No dif. significativas en TPRT grupo intervención vs grupo control: 70% vs 68%, $p = 0,18$. Dif. significativas entre grupos en resultados pre y post: permanencia por debajo de la mediana. Incremento del 20% en grupo intervención para objetivo INR 3,5 (IC95%:9-32) y del 15% para objetivo INR 2,5 (IC95%:6-24). Fritschi et al 10 Estudio retrospectivo, Suiza, 330 pacientes que reciben formación previa por médico/enfermera en ATC preseleccionados por sus médicos de familia. Se envió un cuestionario, con 16 preguntas. Índice de respuesta 90%. VPR: TPRT. Prueba de Poisson IC 95%. Estudian eventos adversos y satisfacción. Tiempo medio individual dentro del rango 72%; frecuencia de tromboembolismos 0,6% (IC95%:0,3-1,3) y hemorragias mayores 0,6% (IC95%:0,2-1,3). Hubo menor respuesta de información de eventos menores. 99,2% pacientes manifestaron tener buena o muy buena satisfacción. Wells P et al 11 Metaanálisis, 2007, 16 est. sobre el seguimiento del INR ámbito hospitalario vs ATC. Grupo intervención: 2.144 pacientes, grupo control: 2.316 pacientes. Nº tromboembolismos: significativamente menor en grupo CP (OR=0.51; IC95%:0.35-0.74). Los cocientes de probabilidades para tromboembolismos fueron similares. Muerte significativamente menor en CP (OR=0.58; IC95%:0.38-0.89). Hemorragias mayores: OR=0.78; IC95%:0.53-1.14. La calidad de vida no se pudo comparar. Solá-Morales Serra O et al 12 RS de la literatura referente al ATC del TAO. 7 ECAs y resto cuasi-experimentales. Mide eficacia de CP mediante TPRT, aparición de complicaciones $p=0,15$. Complicaciones mayores $p=0,042$ (sangrados, trombosis y/o tromboembolismos). Eficacia medida en nivel de satisfacción. Miden la eficacia del AC: %MRT (% de muestras en rango terapéutico). %TPRT. Vacas M et al 13 Comparación CP, CoaguChek®, respecto sistema tradicional, así como con técnica manual de referencia y dos tromboplastinas. La prueba mostró un 65,6% de acuerdo valores de INR con ambos reactivos. Poller L, et al 14 EC multicéntrico internacional para medir índice de sensibilidad en calibración de dos tipos de CP CoaguChek Mini y TAS PT-NC. 10 centros ensayaron con 20 sujetos normales y 60 pacientes tratados con cumarina. Evaluación con prueba Tomenson. Ninguna de las calibraciones dio importantes desplazamientos de PT normal. Indican que calibrar los dos sistemas, es posible usando método propuesto. Woods K, et al 15 ECA, 61 pacientes. Comparación control INR sangre venosa vs capilar. VRP: comparación satisfacción pacientes con control en clínica y molestias asociadas a la extracción (capilar vs venoso) usan una escala cuantificada de 10 puntos (0 a 10). Los pacientes prefieren INR capilar vs venosa 1,64 (IC95%:0,65-2,64) y 4,45 (IC95%: ,48-5,42) ($P<0,001$). INR capilar 0,83 (IC95%:0.36-1.30) menos dolor que INR venoso 2.23 (IC95%:1,46-3,01) ($P=0,004$). Rapidez capilar 42? vs 75? INR venoso ($P<0,001$). No dif. significativas en INR medio en grupo capilar y grupo venoso (2,5 vs 2,4, $P=0,69$).

Siguiendo los criterios del JBI las recomendaciones para la práctica son: El ATC es como mínimo tan eficaz como el control en sangre venosa medido en %TRT y %MRT o en aparición de complicaciones trombóticas y hemorrágicas. Nivel de evidencia (N) I

Grado de recomendación (GR) A.

Los CP precisan revisiones y calibraciones periódicas. N I GR A.

El control del INR en sangre capilar es más satisfactorio y menos doloroso para los pacientes. N II GR B.

El ATC está dirigido a un porcentaje apreciable de pacientes que estén motivados y hayan recibido formación previa por enfermeras. Los mejores resultados se obtienen en pacientes que parten de una situación previa de mal control. N II GR B.

Se puede prever un sistema de control de calidad, mediante el cual CP y pacientes se revisen periódicamente (2-3 veces/año) para comprobar el funcionamiento adecuado del aparato y reforzar la formación. N III GR C.

El control mediante CP es alternativa fiable al lab. INR>4.5 poco fiable comparación entre ambos métodos. N III GR C.

DISCUSIÓN: Tras la obtención de resultados, el control del INR en sangre capilar es seguro, fiable y presenta ventajas frente al control en sangre venosa. Algunos autores recomiendan incluir en los estudios otras variables complejas como formación de pacientes, material educativo y tipo de CP, que puedan incidir en el resultado del control; las cuales se deberían tener en cuenta a la hora de plantear nuevas líneas de investigación.

La implicación más novedosa de esta revisión, que modificaría sustancialmente nuestra actual forma de trabajar en Atención Primaria, es el traslado del control por parte de la enfermera al control por el propio paciente. Hay que tener en cuenta que estas conclusiones se basan en una revisión que está limitada, ya que la búsqueda no se puede considerar exhaustiva por no realizarse en bases de datos de pago o carecer de búsqueda manual (artículos disponibles online).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Connock M et al. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of different models of managing long-term oral anticoagulation therapy: a systematic review and economic modelling. *Health Technol Assess.* 2007 Oct;11(38):iii-iv, ix-66.
 - 2- Gardiner C et al. Patient self-testing is a reliable and acceptable alternative to laboratory INR monitoring. *Br J Haematol.* 2005 Jan;128(2):242-7.
 - 3- Leiria TL et al. Comparative study of a portable system for prothrombin monitoring using capillary blood against venous blood measurements in patients using oral anticoagulants: correlation and concordance. *Arq Bras Cardiol.* 2007 Jul;89(1):1-5.
 - 4- Orellana M.A. et al. ¿Es correcto realizar el control de T.A.O. en sangre capilar, siguiendo los criterios de INR en sangre venosa?. *Rev Diagn Biol* 51(4): 131-134
 - 5- Tripodi A et al. Quality assurance program for whole blood prothrombin time-international normalized ratio point-of-care monitors used for patient self-testing to control oral anticoagulation. *Thromb Res.* 2004;113(1):35-40.
 - 6- Menéndez-Jándula B et al. Comparing Self-Management of Oral Anticoagulant Therapy with Clinic Management A Randomized Trial. *Annals of Internal Medicine.* 2005 Jan 4;142(1):1-10.
 - 7-Fitzmaurice DA et al. Self management of oral anticoagulation: Randomized trial. *BMJ* 2005; 331;1057; originally published online 10 Oct 2005; doi:10.1136/bmj.38618.580903.AE.
 - 8- Fitzmaurice DA et al. An evidence-based review and guidelines for patient self-testing and management of oral anticoagulation. *Br J Haematol.* 2006 Jan;132(1):118.
 - 9- Fritschi J et al. Patient self-management of long-term oral anticoagulation in Switzerland. *Swiss Med Wkly.* 2007 May 5;137(17-18):252-8.
 - ç 10- Wells P et al. Safety and effectiveness of point of care monitoring devices in patients on oral anticoagulant therapy. *Open Medicine, Vol 1, No 3 (2007).*
 - 11- De Solà-Morales-Serra O, Elorza-Ricart JM. Coagulómetros portátiles. Revisión de la evidencia científica y evaluación económica de su uso en el autocontrol del tratamiento anticoagulante oral. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. 2003 Jul.
 - 12-Vacas M et al. Therapeutic concordance of two portable monitors and two routine automatic oral anticoagulant monitoring systems using as reference the manual prothrombin time technique. *Hematol J.* 2003;4(3):214-7.
- Me faltan 2 ref de los estudios incluidos, ya me dirán que hago

AUTORES/AUTHORS:

SALVADOR PITA FERNÁNDEZ, FERNANDO DE LA IGLESIA MARTINEZ, ELBA ABAD PICOS, MARISA ROMERO QUINTELA, BEATRIZ VÁZQUEZ RODRIGUEZ, DOLORES GARCÍA PEDREIRA, SONIA PÉRTEGA DÍAZ, ROCÍO SEIJO BESTILLEIRO

TÍTULO/TITLE:

Registro de la tensión arterial en pacientes con fibrilación auricular. Concordancia entre instrumentos de medida

Objetivo:

Determinar la concordancia entre dos instrumentos de medición de Tensión Arterial(TA) y determinar si dicha concordancia se modifica por la presencia o no de Fibrilación auricular(FA)

Material-métodos:

Ambito : Unidad de corta estancia médica(UCEM) del CHUAC

Período: Abril/2007-Febrero/2008

Criterios inclusión: Pacientes ingresados, 24-96 años, con o sin FA y consentimiento informado

Criterios exclusión: Pacientes con marcapasos, desfibriladores implantables o con ritmos cardiacos alternantes. Reingresos durante el estudio

Muestra: n=207(107 con FA y 100 sin arritmias)

Mediciones:

Edad, sexo, índice masa corporal(IMC), presencia o no de FA demostrado por electrocardiograma.

Registros según normas de Sociedad Española de Hipertensión

Esfingomanómetros: manómetro anerode calibrado Philips Sure Signs VS1 para tomas automáticas y Welch Allyn Speidel+Keller para manuales.

Tras primera medición de TA y FC en ambos brazos las siguientes tomas en brazo con TA más elevada. Posteriormente 4 tomas, manual y automática, en el mismo brazo en intervalos de 5 minutos. La frecuencia cardíaca manual se registró con pulso central(un minuto). En el análisis se utilizó la media de las cuatro mediciones.

Análisis: coeficiente de Pearson y concordancia según metodología Bland-Altman e índice Kappa

Resultados:

Existe una alta correlación entre ambos instrumentos. El coeficiente de correlación entre TAS por el método manual y automático es($r=0.92$)($p<0.001$), con TAD, ($r=0.761$)($p<0.001$) y con FC($r=0.95$; $p<0.001$). Si el paciente está en FA dichos coeficientes son 0.91; 0.75 y 0.92 respectivamente.

La diferencia entre las mediciones de TA entre el método automático y manual según presentase FA o no fue mínima.

Tras clasificar a los pacientes como hipertensos si/no según utilizasemos uno u otro método objetivamos que cuando no se está en FA el porcentaje de discordancias es 3% (I.Kappa=0.89) y si se está en FA la discordancia es del 8.4% (I. Kappa= 0.72)

Discusión: Existe una alta correlación entre ambos instrumentos. La discordancia al comparar medias es irrelevante y la concordancia para clasificar a los pacientes como hipertensos o no es sustancial

Implicaciones para la práctica: Este estudio demuestra que el aparato anerode calibrado Philips Sure Signs VS1 es tan válido como el manual y que el hecho de que los pacientes estén en fibrilacion auricular no altera significativa ni clínicamente los resultados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Clark DM, Plumb VJ, Epstein AE, Kay GN. Hemodynamic effects of an irregular sequence of ventricular cycle lengths during atrial fibrillation. *J Am Coll Cardiol* 1997; 30: 1039-45. Coca A, Bertomeu V, Dalfó A, Esmatjes E, Guillén F, Guerrero L, Llisterri JL, Marín-Iranzo R, Megía C, Rodríguez-Mañas L, Suárez C. Automedida de la presión arterial. Documento de Consenso Español 2007. *Rev Clin Esp* 2007; 207: 197-208. Eckert S, Gleichmann S, Gleichmann U. Automated blood pressure measurement in special situations: patients with chronic atrial fibrillation or chronic aortic regurgitation. *Z Kardiol* 1996; 85 Suppl 3: 92-8. Martín-Rioboo E, García Criado E, Pérula de Torres LA, Cea-Calvo L, Anguita Sánchez, M, López Granados A, Ureña Fernández T, García Matarín L, Molina Díaz R. Prevalencia de hipertrofia ventricular izquierda, fibrilación auricular y enfermedad cardiovascular en hipertensos de Andalucía. Estudio PREHVIA. *Med Clin (Barc)* 2009; 132: 243-50. Mattu GS, Heran BS, Wright JM. Overall accuracy of the BpTRU ? an automated electronic blood pressure device. *Blood Press Monit* 2004; 9: 47-52. Myers MG, Valdivieso MA. Use of an automated blood pressure recording device, the BpTRU, to reduce the ?White Coat Effect? in routine practice. *Am J Hypertens* 2003; 16: 494-7. Myers MG. Automated blood pressure measurement in routine clinical practice. *Blood Press Monit* 2006; 11: 59-62. Omboni S, Riva I, Giglio A, Caldara G, Groppelli A, Parati G. Validation of the Omron M5-I, R5-I and HEM-907 automated blood pressure monitors in elderly individuals according to the Internacional Protocol of the European Society of Hipertensión. *Blood Press Monit* 2007; 12: 233-42. Pickering TG, Devereux RB, Gerin W, James GD, Pieper C, Schluskel YR, et al. The role of behavioral factors in white coat and sustained hypertension. *J Hypertens Suppl* 1990; 8: S141-7. Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). Guía de diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España 2005. *Hipertensión* 2005; 22: 1-84. Wright JM, MattuGS, Perry TL Jr, Gelfer ME, Strange KD, Zorn A, Chen Y. Validation of a new algorithm for the BPM-100 electronic oscillometric office blood pressure monitor. *Blood Press Monit* 2001; 6: 161-65.

AUTORES/AUTHORS:

Maria López Parra, Susana Santos Ruiz, Guadalupe Sánchez Rueda, Dolores Bardallo Porras, Lidia Fernández Donaire, Adela Zabalegui Yárnoz, Susana Varez Pelaez, Joaquín Tomás Sábado, Dolors Abril Sabater

TÍTULO/TITLE:

Conocimientos y uso de metodología enfermera: estudio comparativo entre profesionales y estudiantes

Introducción: Conceptos como metodología, proceso de atención de enfermería, diagnóstico enfermero, N.A.N.D.A.? están presentes en el ámbito de la formación y en el discurso de muchos profesionales. A pesar de ser términos más o menos conocidos, son aplicados con diferente intensidad en la práctica.

Los profesionales conscientes del trabajo bien hecho, fundamentado en el rigor científico, para cuidar, siguen una metodología científica, el conocido proceso de atención de enfermería o método enfermero.

En relación a la metodología enfermera cabe destacar otro elemento de difícil identificación e incorporación desde la teoría a la práctica: diagnósticos enfermeros. Se observa un uso incipiente de etiquetas diagnósticas, pero no podemos hablar de existencia de un lenguaje normalizado consolidando entre los profesionales de enfermería.

Objetivo Principal: Conocer y comparar los conocimientos explicitados y preferencias sobre metodología enfermera de trabajo entre estudiantes y profesionales de enfermería.

Variable principal: conocimientos explicitados sobre metodología enfermera.

Variables secundarias: sociodemográficas y datos de formación.

Lugar y sujetos de estudio: Realizado en una corporación sanitaria donde no existía una metodología enfermera definida.

Participaron dos grupos: Profesionales que contestaron al cuestionario del estudio de '¿Aplicabilidad de modelos y teorías de Enfermería en la realidad asistencial?' realizado en la Corporación Sanitaria Parc Taulí en 2006. El otro grupo fue la totalidad de los estudiantes de enfermería de la Universitat Internacional de Catalunya, Escuela Gimbernat y Escuela Creu Roja, que realizan prácticas en nuestro centro durante el curso 2006-07.

Recogida de datos: Se usaron 2 cuestionarios de elaboración propia, por no hallarse ningún cuestionario validado en la literatura revisada. Fueron revisados por el departamento de epidemiología del centro de estudio y adaptados para cada grupo. Se realizó una prueba piloto en ambos grupos.

Fueron repartidos en mano por el equipo investigador, durante el horario laboral de los profesionales y se recogió a través de una urna retirada de las unidades 15 días después.

En el grupo de estudiantes, el equipo investigador lo entregó durante la reunión de tutorización de prácticas, recogándose en la misma reunión o en sesiones posteriores a través de la colaboración del tutor de prácticas.

En ambos casos, iba acompañado de un glosario de términos, una carta de presentación del proyecto y se les pidió consentimiento informado oral. Se aseguró siempre la confidencialidad y la voluntariedad de participación.

Análisis estadístico: Estudio descriptivo, resultados de variables cuantitativas en media, desviación típica y frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Estudio comparativo: chi-cuadrado de Pearson, corrección lineal de Yates, Test de Anova o razón de verosimilitudes según necesidad muestral. SPSS 15.0.

Resultados: El índice de respuesta de los profesionales fue del 38% (204 de 545) frente al 98% de estudiantes (101 alumnos). El 16% de los estudiantes fueron hombres, 9% entre los profesionales, pero no existieron diferencias estadísticamente significativas entre la distribución de género.

Los estudiantes tienen una media de edad de 24 años mientras que los profesionales tienen una media de 37 años. Los ámbitos donde los estudiantes realizaron sus prácticas son: 33,3% para el ámbito quirúrgico, el 21,6% en materno infantil y el 19,6% en el centro socio-sanitario. El ámbito de trabajo el 20,1% de los profesionales eran del ámbito quirúrgico, el 16,2% pertenecían a

medicina interna, el 26,9% a servicios externos, el 9,3% al centro socio-sanitario, el 8,3% a las unidades de cuidados de críticos, el 10,3% a materno-infantil, el 4,4% a la gestión y el 4,4% a salud mental.

El 61,5% de los alumnos realizaron sus prácticas en turno de mañana.

Al examinar el turno en los profesionales, un 38,5% eran de mañana, un 28% de tarde, un 17% de noche, un 10,5% trabajaban a turno partido y un 6% tenían tiempo parcial.

Respecto a los conocimientos de metodología enfermera existieron diferencias estadísticamente significativas sobre el conocimiento de la taxonomía NANDA (87,6% estudiantes versus 75% profesionales con $p=0,01$)

La metodología de trabajo más adecuada, según los estudiantes fue el proceso enfermero y para los profesionales los planes de cuidados estandarizados. Los estudiantes manifestaron mayor uso y utilidad de la hoja de valoración de Enfermería al ingreso.

Los estudiantes habitualmente registran temas relacionados con el estado general (94,02%) y nivel de dependencia. Los profesionales en cambio, indicaron que registraban sobretodo el estado general (83,3%) y la alimentación (67,6%). Muy por debajo en ambos grupos el registro de hábitos religiosos (11,5% frente al 8,3% de los estudiantes).

Referente a los Diagnósticos de Enfermería, los estudiantes verbalizan mayor registro, mostrándose diferencias estadísticamente significativas.

Respecto el uso de protocolos, los estudiantes indicaron en un 95,1% que los usaba asiduamente, en cambio entre los profesionales un 52% los usaban siempre. Los estudiantes encontraban de mayor utilidad, sin diferencias estadísticamente significativas.

Cuando los estudiantes quieren ampliar conocimientos buscan información sobre Enfermería medico-quirúrgica (61,9%) y fundamentos de enfermería (53,3%). Siendo los mismos campos los que consultan los profesionales. Existen otras fuentes de consultas de las cuáles destaca Internet (3,9% de los profesionales). Sólo se hallaron diferencias en la búsqueda de información en Biología ($p<0,05$) con mayor porcentaje por los estudiantes.

Conclusiones: Destacar que no existe una única línea metodológica en ambos grupos. El PAE es la metodología más adecuada para los estudiantes de enfermería, mientras que son los planes de cuidados estandarizados para los profesionales. Se observa mayor grado de conocimiento y aplicación de la taxonomía NANDA por parte de los estudiantes. Los profesionales necesitarían actualizar sus conocimientos sobre nomenclatura y metodología enfermera.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.Santos S, López M, Varez S, Abril D. Aplicabilidad de modelos y teorías de Enfermería en la realidad asistencial: perspectiva profesional. Resultados primera fase. *Metas de Enferm.* 2008;11(6):50-57.
- 2.Fundación para el desarrollo de la Enfermería [Homepage en Internet]. Madrid: FUDEN; 2008 [con acceso el 13 Nov 2008]. Disponible en: http://www.ome.es/02_02_01_desa.cfm?id=91
- 3.Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero: Fomentar el cuidado en colaboración. España:Elsevier;2003.
- 4.Müller-Stab M, Needman I, Odenbreit M, Lavin MA, Van Achterberg TH. Improved Quality of Nursing Documentation: Results of a Nursing Diangoses, Interventions, and Outcomes Implentation Study. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2007;18(1).5-17.
- 5.Granollers R, Montanuy T, Estany P, Roca B, Ortega B. ¿Utilizan las enfermeras el método científico?. *Rev Enferm.* 2006;29(7-8):509-512.
- 6.Medina JL. ¿Teoría? ¿Práctica? El difícil equilibrio académico y profesional en la España ?pre-europea? (II). *Rev Enferm.*2005;28(4):246-248.
- 7.Simpson J, Taylor D. Do conceptual Models of Nursing Work Today? *Canadian Nurse.*2002; 98(2):24-26.
- 8.Van Leeuwen R, Tiesinga LJ, Post D, Jochemsen H. Spiritual care: implications for nurses professional responsibility. *J Clin Nurs.* 2006; 15(7):875-884.
- 9.Raña CD, Pita R,Conceiro A, Fernandez I, García CM.Opinión de las enfermeras de atención primaria en el área sanitaria de A Coruña sobre la utilización de los diagnósticos de enfermería. *Enferm Clin.* 2004;14 (2):77-82.
- 10.Álvarez F, Álvarez T, López E, Gorís A, De la Concepción P, González P y cols.. Utilización de los protocolos de Enfermería. Libro de ponencias del XII Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería y 6º Coloquio Joanna Briggs. Instituto de Salud Carlos III-Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación de Enfermería (INVESTEN-ISCIII). Madrid, 2008. ISBN: 10- 978-84-691-6757-1. [Acceso 18 Nov 2008]; [aprox. 3 p.]. Disponible en:

http://www.isciii.es/htdocs/redes/investen/documentos/encuentro_XII.pdf

Mesa de comunicaciones 14: Práctica clínica**Concurrent session 14: Clinical practice****AUTORES/AUTHORS:**

Ignacio Donate Suárez, María Luisa Redondo Cornejo, Minerva García de Barros, Marcial Argüelles Suárez

TÍTULO/TITLE:

Valoración de la calidad de vida relacionada con la salud en Asturias

Introducción:

Según la OMS, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes?". Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. Para valorar la CVRS hemos elegido en este estudio la escala del EuroQol 5d (EQ-5D) dado que, en población adulta, es uno de los instrumentos más usados internacionalmente por su sencillez de administración, validez, y habilidad, desarrollo en diferentes culturas y aplicabilidad en análisis económicos.

Objetivo

Conocer la autovaloración de la CVRS de la población asturiana utilizando el EuroQol 5D.

Método

En la Encuesta de Salud para Asturias del 2008 (ESA08), que se realizó a una muestra de 2495 asturianos/as de 16 años y más, se incluyó el módulo de preguntas del EQ-5D que comprenden, en primer lugar, una escala visual analógica sobre el estado de salud (EQ-VAS) (donde la persona debe autopositionarse en una escala similar a un termómetro en la que el 0 sería el peor estado de salud y el 100 el mejor). Además consta de cinco preguntas más sobre los siguientes apartados: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Para aproximarnos aún más a la percepción del nivel de salud, hemos calculado el índice sintético de CV (EQ-5D index) que se trata de un valor obtenido mediante un algoritmo a partir de las respuestas a las cinco preguntas anteriores (varía entre 0 y 1, en una escala en que 0=peor estado de salud imaginable, y 1=salud perfecta). Los datos se analizaron con el paquete SPSS.v14.0, realizando un análisis de las variables cualitativas y cuantitativas, así como de las variables confusoras mediante una estratificación y control de la variable edad.

Resultados

En relación a la autovaloración analógica de calidad de vida (EQ-VAS), el autopositionamiento de la población adulta asturiana se centra en 72,9 puntos de media sobre 100 (IC95% 71,3-73,7). Respecto a las cinco dimensiones que se analizan, más de un 10% de la muestra menciona tener problemas para caminar y un 5% dificultades para el cuidado personal. Las actividades cotidianas: el 89% manifiesta no tener problemas. En el apartado de dolor/malestar y ansiedad/depresión, se declaran porcentajes superiores de personas con problemas, un 22% y un 14% respectivamente. Por último, los resultados del EQ-5D index, indican una autovaloración del status de salud de la población asturiana muy buena: 0,92 (1excelente y 0 muy mala).

Por sexo, independientemente del instrumento de medición que utilizamos, es superior la consideración del estado de salud de los hombres que de las mujeres. En el (EQ-VAS), los hombres declaran un posicionamiento mayor que las mujeres 75,2 (IC 95%: 74,2-76,2) por 70,8 en mujeres en (IC 95%: 69,9-72,0). En el análisis de las diversas dimensiones, se evidencian mayores problemas para caminar en mujeres que en los hombres (9,3% en hombres por 13% en mujeres), también son manifestados con mayor frecuencia problemas en la autorrealización de los cuidados personales por parte de las mujeres (3% vs. 6,8% respectivamente), dificultades para realizar actividades cotidianas (7,4% - 13,4% respectivamente), más frecuencia de dolor y malestar (15,5% frente 26,9%), y por último, en el caso de la ansiedad y depresión, el fenómeno es comentado en muchas más ocasiones por parte de las mujeres (10% frente a un 18% en mujeres). El índice sintético de CV (EQ- Index), es superior en los hombres (índice 0,95) que de las mujeres (0,90).

Por edad: con el aumento de la misma disminuye la autovaloración de la CV. En el caso de la escala visual analógica (EQ-VAS), los mayores valores de estado de salud se dan en el grupo de personas jóvenes de 16-24 años (84,6) y los menores en las personas mayores de 64 años (59,4). Más de una de cada cinco personas del grupo de mayor edad declaran problemas para caminar (27%), para realizar las actividades cotidianas (27,8%), o padecer ansiedad o depresión (26,6%), cuando en el grupo de menor edad no tienen prácticamente presencia este tipo de alteraciones. Un 12,9% de las personas mayores declaran problemas para realizar sus

cuidados personales por nadie de los más jóvenes, y en el apartado de la dimensión de dolor y malestar las diferencias etarias son abrumadoras: 47% en los mayores de 64 años por 3,5% en los más jóvenes. El EQ-5D index por grupo etario, a mayor edad menor índice, con un rango entre 0,987 (personas jóvenes) a 0,840 (personas mayores).

En un análisis conjunto de ambas variables, en el EQ-VAS, vemos que la autovaloración de CV va siendo menor con la edad en ambos sexos y que los resultados de las mujeres están también siempre por debajo del de los hombres para todos los grupos de edad. No obstante, el discurrir de la CVRS a través de la edad es relativamente paralelo en ambos sexos hasta un momento de la vida en que debido a diversas circunstancias se modifica su patrón de evolución y las diferencias de género se hacen más patentes. El proceso de incremento de desigualdad de CVRS en relación al sexo comienza a partir de los 55 años acompañado de una manifiesta caída en la valoración en las mujeres. Esta situación se normaliza relativamente entre los 60-69 años y de nuevo vuelve a haber una disminución brusca de CVRS a partir de los 70 años, sin embargo, en este caso ya en paralelo a la caída de valoración en hombres y manteniéndose el diferencial adquirido en los grupos quinquenales anteriores. La caída en la autovaloración desde las edades más jóvenes a los mayores de 75 años es de un 33% en el caso de los hombres y de un 39% en las mujeres, partiéndose de un diferencial de género inicial del 1% en la edades más jóvenes a uno final en las últimas edades de la vida del 6%.

Cuando analizamos los resultados utilizando como instrumento de medida el EQ-5D index score, observamos que el patrón gráfico de evolución por edad y sexo es muy similar al anterior en los parámetros básicos, aunque presenta alguna diferencia. Siempre la CVRS está por debajo en mujeres que en hombres y ésta va cayendo en ambos sexos con la edad hasta que a partir de los 55 años se comienzan a evidenciar importantes desigualdades de CVRS en hombres y en mujeres. En este caso el diferencial va a agrandándose con la edad hasta llegar a los mayores niveles a los 75 años y más de edad y los resultados son de una caída desde edades iniciales del 14% en hombres y superiores al 23% en mujeres, partiendo de un diferencial mínimo del 1,5% en el primer grupo etario hasta llegar al 12,6% de resultados de CVRS en personas mayores de 75 años entre mujeres y hombres.

Discusión

La percepción de la CVRS en la población asturiana nos aporta resultados muy buenos en las diferentes escalas de medición del EQ-5D. Estos resultados son diferentes si utilizamos el EQ-VAS (autoposicionamiento en una escala termométrica), donde presenta una valoración global de la CV media o aceptable (72,9), o el EQ-5D index score, que nos suministra resultados 20 puntos superiores al anterior. La explicación a este hecho habría que buscarla en el hecho de que este último se considera más objetivo ya que contempla diferentes opciones (3) a las distintas preguntas, mientras que el primero EQ-VAS realiza una autopercepción global de la salud sin más elementos de referencia que una mera escala similar a un termómetro y cuyo posicionamiento está sujeto a variables culturales y a expectativas y percepciones de CV muy diferentes.

La diferente bibliografía que existe en esta materia nos muestra que hay una importante diferencia de los resultados de las mismas variables analizadas entre países y territorios. Sin embargo, sí se puede observar una cierta sintonía entre los resultados obtenidos en un mismo país, en diferentes momentos, o entre distintos territorios que comparten una proporción considerable de elementos culturales (p.e. Asturias, Cataluña, España). Todo ello no hace más que reforzar la hipótesis de las características transculturales en la valoración del estado de salud y a la respuesta a diferentes variables y escalas de medición

Los resultados de comparación de la valoración global del EQ-VAS varían entre valores de 84 de EE.UU en 2005 y 71,1 en Cataluña en 1994. Asturias es muy cercana a este último valor (72,9) y a la global de España (74) y muy parecido al de otro país mediterráneo (Grecia 75), y está más alejada de la recogida en otros países como EEUU, Inglaterra u Holanda con valoraciones por encima de 80 en esta escala.

Según lo explicado anteriormente, más que un desarrollo de diferentes CV lo que parece producirse es un proceso de construcción cultural de la CV distinto. Ya que se da la circunstancia de que en determinados contextos regiones o países con resultados discretos en la medición de la CV a través de EQ-VAS, sin embargo, obtienen porcentajes muy pequeños de personas que declaran problemas en diferentes dimensiones y por tanto en el EQ-index. En esa situación está Asturias, con una valoración global mediante EQ-VAS aceptable (72,9) y unos resultados obtenidos de los distintos estados de salud asociados al análisis de las dimensiones

considerablemente superiores (excepto para cuidados personales). También en España se da esta circunstancia. Por el contrario hay otros países en los que la valoración global EQ-VAS da resultados muy buenos (EE.UU. y Reino Unido) mientras que el análisis dimensional arroja resultados más pobres. Todo ello apoya el efecto cultural en el proceso de re-construcción social del estado de salud.

En resumen, la valoración de la CVRS en la población asturiana que nos suministra la ESA-08 cuando utilizamos un criterio global de medición objetivo nos aporta resultados muy buenos, con cambios en la valoración de CVRS que están asociados con la edad, el género, el nivel educativo, la situación laboral, la clase social, el tipo de hábitat en el que se reside, etcétera.

Llama la atención en el análisis estratificado sexo y edad, el hecho de que si bien en todos los tramos etarios los niveles de estado de salud de los hombres son mejores que los de las mujeres, en el grupo de personas mayores la diferencia es muy grande (hombres, 0,881; mujeres, 0,799). Y que el efecto edad en el estado de salud es más pequeño en los hombres que en mujeres. Los primeros pasan de niveles de 0,994 en las cohortes más jóvenes a 0,881 en los más mayores, mientras que las mujeres obtienen niveles de 0,977 en los tramos etarios más jóvenes a 0,799 en las mujeres mayores. Todo ello hace pensar que las mujeres tienen otros factores más importantes que la edad para su pérdida de calidad de vida.

Entre ellos, se podrían citar: los cambios vitales y emocionales que a partir de una determinada edad (55 años) sufren las mujeres, la morbilidad diferencial o padecimientos físicos que en las mujeres de estas edades golpea con más virulencia (ej: enfermedades osteomusculares), el "rol de cuidadora" cuidadora de familiares mayores y/o discapacitados, puede ser otra variable explicativa fundamental, ya que es una tarea que habitualmente asumen las mujeres y que coincide con esas edades posteriores a los 50 años, y, por último, el factor biológico (menopausia) que es un factor muy pequeño que en el caso de las mujeres se tiende a sobredimensionar pero que puede tener una ligera influencia.

La CVRS es un elemento fundamental para la selección de grupos prioritarios de intervención en los programas sanitarios y sociales a aplicar en el Sistema Nacional de Salud y debe ser muy tenido en cuenta en cualquier aproximación al fenómeno salud-enfermedad que se haga.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- BADIA X et al: Using the EuroQol 5-D in the Catalan general population: feasibility and construct validity. *Qual Life Res.* 1998 May;7(4):311-322
- BADIA X et al: A comparison of United Kingdom and Spanish general population time trade-off values for EQ-5D health states. *Med Decis Making.* 2001;21:77-16
- GREINER W et al. A single European currency for EQ-5D health states. Results from a six-country study. *Eur J Health Econom* 2003 ; 4:222-231
- HISASHIGE A et al: Description and valuation of health-related quality of life among the general public in Japan by the EuroQol. *J Med Invest.* 1998 Aug;45(1-4):123-129
- HUANG I et al: US and UK versions of the EQ-5D preference weights: Does choice of preference weights make a difference?. *Qual. Life Res.* 2007 16:6 (1065-1072)
- JEFFREY A et al: Valuations of EQ-5D Health States. Are the United States and United Kingdom Different?. *Medical Care.* Volume 43, Number 3, March 2005
- JOHNSON J et al: Valuation of EuroQOL (EQ-5D) health states in an adult US sample. *Pharmacoeconomics.* 1998 Apr;13(4):421-33. Cited in PMC
- KONNIG H et al: Comparison of Population Health Status in Six European Countries. Results of a Representative Survey Using the EQ-5D Questionnaire. *Medical Car.* Volume 47, Number 2, February 2009
- KONNIG H et al: Comparison of population health status in six european countries: results of a representative survey using the EQ-5D questionnaire. *Med Care.* 2009 Feb; 47(2):255-261
- MARGOLLES M et al: II Encuesta de Salud para Asturias 2008. Informe Preliminar. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. Dirección General de Salud Pública. 25-29
- MILLER V: The significance of using US-valued EQ-5D health states for comparative effectiveness and cost-effectiveness studies in US populations. *Med. Decis. Mak.* 2007 27:3 (229 - 230)
- NYMAN JA et al: Quality-of-Life weights for the US population: Self-reported health status and priority health conditions, by demographic characteristics. *Med. Care* 2007 45:7 (618-628).
- PICKARD AS et al: Estimation of minimally important differences in EQ-5D utility and VAS scores in cancer. *Health Qual Life Outcomes.* 2007;5:70
- ZARATE V et al: Hispanic valuation of the EQ-5D health states: A social value set for Latin Americans. *Value Health* 2008 11:7 1170

-1177

AUTORES/AUTHORS:

ANA ABREU SÁNCHEZ, JOSÉ LUIS SÁNCHEZ RAMOS, MARGARITA RODRIGUEZ PÉREZ, RAFAEL BARBA PICHARDO, ANA MARÍA CARRASCO GONZÁLEZ, ANA ISABEL MORILLO VÁZQUEZ, EROS MANONI

TÍTULO/TITLE:

Influencia de la Autoeficacia y variables socioeconómicas sobre la Calidad de Vida postinfarto de miocardio

Introducción:

En la recuperación de la enfermedad la expectativa de autoeficacia alta se considera una variable mediadora.

Ciertas investigaciones hallaron que pacientes postinfarto de miocardio con mayores expectativas de autoeficacia se reintegraron antes a la vida normal que aquellos con escasa autoeficacia percibida (1). Otros trabajos demuestran que la mayor autoeficacia facilita la adhesión al tratamiento y contribuye a mejorar la calidad de vida (CV) y a una recuperación más rápida postinfarto (2,3). Plevier, (2001), ha subrayado en su estudio la influencia como predictor de CV de la autoeficacia y otras características personales como el afrontamiento o el estrés (4). Por otro lado, ciertos estudios relacionan la CV postinfarto de miocardio y la morbi-mortalidad, con ciertas variables socioeconómicas (5,6).

Para conocer en profundidad tales aspectos en pacientes que presentan problemas de salud, la realización de investigaciones de diseño mixto podrían reducir las limitaciones propias de cada uno de los tipos de diseño, así, la investigación cualitativa aportaría aspectos clave a datos cuantitativos obtenidos en una investigación, al explicar en su propio contexto social y cultural, las causas de los problemas hallados en las personas (7). Hoy día en nuestro campo no discutimos la utilidad de la investigación cualitativa, pero se hace necesario avanzar en cuanto a rigor y calidad de la producción investigadora dada la variabilidad existente en la literatura (8). En este sentido, el uso de herramientas y softwares de análisis cualitativo, como es el caso del ATLAS.ti, podría contribuir a que las interpretaciones fueran más objetivas y rigurosas y por tanto de mayor calidad (9).

Objetivos:

estudio cuanti cualitativo que pretende: 1. Analizar en la parte cuantitativa, la relación entre Calidad de Vida (CV) -Autoeficacia General de una cohorte postinfarto miocardio (IM) de Huelva seguida durante 7 años y su posible relación con variables socioeconómicas y demográficas. 2. En la parte cualitativa del trabajo elaborar un esquema explicativo multidimensional a través del software ATLAS.ti, del análisis del discurso y del contenido a las entrevistas en profundidad efectuadas a un grupo de pacientes de dicha cohorte.

Métodos:

3º Fase del estudio de seguimiento cuanti-cualitativo a una cohorte formada entre febrero/agosto 2001 con todos los IM ingresados en la UCI de un hospital de la provincia de Huelva. Tras excluir los fallecidos durante el ingreso, 86 pacientes fueron seleccionados para el estudio, de ellos estaban ilocalizables 6, por lo que se formó la muestra inicial con 80 personas, 55 (68,75%) accedieron a participar en la primera fase del estudio. En abril 2008 contactamos con 48 pacientes (3 ilocalizables y 4 fallecidos) accediendo a participar 47 de ellos.

Se valoró la CV con el Cuestionario Español de Calidad de Vida Postinfarto de Velasco y cols (1993) (10). Consta de 40 ítems agrupados en nueve dimensiones (relaciones sociales, comportamiento de alerta, comportamiento emocional, salud física, movilidad, sueño-descanso, perspectivas de futuro, comunicación y ocio-trabajo) oscilando el total entre 0-200 puntos para mejor-peor CV respectivamente. Para medir la Autoeficacia se utilizó la Escala Autoeficacia General Sanjuán, Pérez Bermúdez (2000) (11), con 10 ítems entre 10-100 puntos para menor-mayor Autoeficacia respectivamente. Ambas escalas están validadas y adaptadas correctamente en nuestro contexto. Variables socioeconómicas- demográficas (INE): procedencia, sexo, edad, educación, ingresos etc. El análisis de datos se efectuó con SPSS 17.0. Para conocer la perspectiva del paciente de su calidad de vida, las causas de los problemas detectados en la parte cuantitativa y sus expectativas de cuidados en la parte cualitativa del trabajo, se formó una

muestra con 17 pacientes de la cohorte principal ya que este número consiguió que la información quedara saturada. La selección de la misma fue intencional buscando aspectos demográficos y económicos diferentes en ellos. Tras efectuar varias rondas de triangulación a las entrevistas en profundidad realizadas, se clasificó de manera manual la información obtenida en dimensiones, categorías y subcategorías siguiendo el esquema de la Taxonomía II NANDA (12) de dimensiones, clase y diagnósticos respectivamente, y se introdujeron los datos en el software ATLAS.ti 5.2 (9) para contrastar esa información con la triangulada por los investigadores y realizar esquemas explicativos multidimensionales. Para ello, hemos realizado una nueva codificación en el ATLAS.ti, necesaria para poder relacionar dichos diagnósticos con los diferentes pacientes a través de dicho programa. Estos esquemas los hemos obtenidos de la unión entre códigos primarios y códigos secundarios. Entendiendo por códigos primarios dimensiones, categorías, subcategorías y pacientes. Y entendiendo por códigos secundarios la unión entre los distintos códigos primarios. De los esquemas realizados podemos obtener tanto información sobre las relaciones existentes, como el número de veces que sucede el mismo problema.

Resultados:

En Fase 3 nuestra cohorte está compuesta por 47 personas 27-84 años, 89,3% varones. Residen en Huelva 42,6%. Estudios elementales 76,6%. Ingresos inferiores a 9000 €/año el 70,2% de ellos.

- CV Global: 67,9 entre 0-200, desviación típica 32,8, rango 23-151 puntos. Nivel de Autoeficacia General: entre 10-100, media 77,5, desviación típica 24,1.

Al relacionar la CV Global como variable dependiente con Autoeficacia, sexo, edad, ingresos, tener estudios etc como variables independientes, encontramos significación estadística entre CV y Autoeficacia General $p=0,000$ y entre CV y Tener estudios $p=0,050$. Al analizar el Nivel de estudios elementales/medios-superiores con CV y Autoeficacia General hallamos:

- significación en CV Global siendo peor Estudios Elementales 74,9 puntos frente 45,1; $p=0,006$ para Medios-superiores.

- en Autoeficacia puntuaciones más bajas en Estudios Elementales con 73,8 frente 89,6 puntos, $p=0,061$ en medios-superiores con mayor Autoeficacia.

Tener ingresos/año inferiores 9000 € implica menor CV Global (73,8 frente 54,3; $p = 0,039$) y menor Autoeficacia que para más de 9000€/año, 74,6 frente 84,3 respectivamente.

En la parte cualitativa hemos categorizado manualmente la información y posteriormente hemos podido contrastarla y obtener los siguientes esquemas de la información, análisis y síntesis a través del software ATLAS.ti 5.2:

1-Datos de los pacientes de forma individual.

2- Cada una de las diferentes dimensiones, junto con sus categorías y subcategorías y los diferentes pacientes en los que se refleja dicha dimensión.

3- Globalidad de dimensiones y sus relaciones.

4- Globalidad de categorías y sus relaciones.

5- Globalidad de subcategorías y sus relaciones.

6- Esquema global de la muestra: pacientes, dimensiones, categorías y subcategorías.

Discusión:

hemos encontrado que la CV de pacientes postinfarto se mantiene afectada en el tiempo, y que existe relación entre CV y Autoeficacia; así, pacientes con niveles más altos de ésta, afrontarían mejor situaciones estresantes de enfermedad. Pacientes con estudios elementales y menores ingresos presentan peor CV y Autoeficacia más baja que quienes tienen estudios superiores y rentas mayores. Ciertas publicaciones presentan la influencia del nivel socioeconómico sobre la morbimortalidad postinfarto de miocardio (5,6); otras, relacionan los niveles de Autoeficacia altos con mejor adhesión al tratamiento y mejora de CV postinfarto con una recuperación más rápida (1,2,3).

Por último, aunque en la investigación cualitativa, la triangulación y trabajo de los investigadores previo al análisis con una herramienta informática es insustituible y han de ser minuciosos y exhaustivos, hemos comprobado que el uso del software de

análisis cualitativo ATLAS.ti 5.2 ha facilitado la tarea de profundizar y evidenciar las relaciones existentes entre las dimensiones, categorías y subcategorías de manera muy gráfica y ordenada. Se ha obtenido gran cantidad de información acerca de cada paciente y la relación de los problemas entre sí, desde lo más particular a lo más general. Todo ello podría facilitar la generación de conceptos fundamentados en lo observado y obtener tanto información de carácter explicativo, como de carácter cuantitativo de los pacientes y sus problemas. Así, al contrastar de una manera más objetiva la información manual, con la obtenida a través de una herramienta de análisis, podríamos mejorar la calidad de las investigaciones cualitativas.

Implicaciones para la práctica:

En las últimas décadas se estudia la influencia de la conducta ante la enfermedad, la autoeficacia, el aislamiento, la soledad, el apoyo social y el afrontamiento entre otros, como factores de riesgo psicosociales (13), y se ha demostrado la relación entre alguno de esos factores con la morbimortalidad postinfarto (14).

También se ha encontrado relación entre ciertas variables socioeconómicas y una peor o mejor CV postinfarto y la morbi-mortalidad (5,6). Por tanto, los enfermeros deberíamos enfocar las estrategias de prevención secundaria e intervenciones específicas según características personales y socioeconómicas, y continuar estudios que profundicen en estas líneas.

El uso del ATLAS.ti como herramienta complementaria en la investigación cualitativa, puede facilitar el análisis de discursos con mayor rigor añadiendo calidad quizás, a los conceptos y teorías generados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Taylor CB, Bandura A, Ewart CK, Miller NH, DeBusk RF. Exercise testing to enhance wives confidence in their husbands cardiac capability soon after clinically uncomplicated acute myocardial infarction. *The American Journal Cardiology* 1985; 55 (6): 635-8
2. Garrido E. Autoeficacia e intervención en problemas de familia. *Psicothema* 1993; 5: 337-347
3. Villamarín F. Autoeficacia y conductas relacionadas con la salud. *Revista de Psicología de la Salud* 1990; 2 (1-2): 45-64
4. Plevier CM, Mooy JM, Marang-Van de Mheen PJ, et al. Persistent impaired emotional functioning in survivors of a myocardial infarction. *Quality of Life Research* 2001;10(2): 123-32
5. Regidor E, Domínguez V, Calle E, Navarro P. Circunstancias socioeconómicas y mortalidad prematura por enfermedades crónicas. *Med Clin* 2003; 120: 201-206.
6. Plan Integral de Cardiopatía Isquémica 2004- 2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo . Disponible en: www.msc.es/planesIntegrales/planes_integrales.htm. (2004)
7. Hernández Sampieri R. *Metodología de la Investigación*. Mcgraw Hill. 2007
8. Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. *Rev. Esp. Salud Publica* 2002; 76 (5)
9. Susanne Friese. ATLAS.ti ® The knowledge workbench V 5.0. Quick Tour for Beginners. *Visual Qualitative Data Analysis & Knowledge Management. User s Manual for ATLAS.ti 5.0*, Berlin. Bohemia, Long Island, USA. ResearchTalk. 2004
10. Velasco JA, Barrio V, Mestre MV, Penas C, Ridocci F. Validación de un nuevo cuestionario para evaluar la calidad de vida en pacientes postinfarto. *Rev Esp Cardiol* 1993;46: 552- 558.
11. Sanjuan Suárez P, Pérez García AM, Bermúdez Moreno J. Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema* 2000; 12(2): 509- 513.
12. NANDA- I. *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación*. 2007- 2008. Elsevier. 2008.
13. Mendes de León CF, Dillillo V, Czajkowski S, et al. Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICH) Pilot Study. Psychosocial characteristics after acute myocardial infarction: the ENRICH pilot study. *Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease. Journal Cardiopulmonar Rehabilitation* 2001; 21(6): 353-62.
14. Barefoot JC, Burg MM, Carney RM, et al. Aspects of social support associated with depression at hospitalization and follow-up assessment among cardiac patients. *Journal Cardiopulmonar Rehabilitation* 2003; 23(6): 404-12.

AUTORES/AUTHORS:

Carmen Isasi Fernández, Beatriz Rodríguez Romero, Salvador Pita Fernández, Socorro Riveiro Temprano, Mercedes Escribano Silva, Sonia Pértega Díaz

TÍTULO/TITLE:

Calidad de vida relacionada con la salud (SF-36) en mariscadoras de Galicia, y su correlación con dolor músculo-esquelét

OBJETIVO: Determinar la Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) y la incapacidad funcional por lumbalgia en mariscadores de Galicia. Estudiar la correlación entre CVRS y el dolor musculoesquelético.

MÉTODOS:

Ámbito de estudio: Cofradías de Pescadores de Galicia (n=34)

Período de estudio: diciembre de 2007 a febrero de 2009

Tipo de Estudio: Observacional (n=929)

Criterios de inclusión: ser mariscador/a, que de forma voluntaria acude a un Taller de Fisioterapia Preventiva y tener consentimiento informado y aceptado.

Mediciones: Tras un taller formativo sobre prevención de trastornos músculo-esqueléticos se administra cuestionario genérico de CVRS (S-F36, versión 2), cuestionario de incapacidad funcional por lumbalgia (cuestionario Roland-Morris de 0-24), variables de localización e intensidad del dolor (0-10), y de identificación e incapacidad laboral.

Análisis estadístico: descriptivo, de correlación (Rho de Spearman) y regresión logística.

RESULTADOS: 926 mariscadores/as (98.7% mujeres), edad 50.64 ± 8.7 , mediana 52 años. El 66.5% presenta dolor músculo-esquelético (DME) el día de la encuesta. La localización más frecuente es en la región cervical (70.9%), región lumbar (65.5%) y hombros (45,8%). La intensidad del dolor, sobre una escala de 0 a 10 es de 6 ± 1.8 puntos. El 48.3% toma antiinflamatorios, el 34.7% analgésicos y el 13.7% miorrelajantes. El 64.2% ha consultado al médico de familia por DME en el último año. El 43% está con tratamiento farmacológico para alivio del DME el día de la encuesta. En 6 dimensiones del SF-36 (función física, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social y salud mental) encontramos valores significativamente inferiores a los valores poblacionales españoles. Las dimensiones con mayor diferencia son el dolor corporal y la vitalidad y los menos afectados son la salud mental y función social. El componente sumario físico y el componentes sumario mental también son inferiores a los de referencia (42.7 vs 50) y (48.5 vs 50). Un 82.8% refieren tener alguna incapacidad por lumbalgia. La media de incapacidad funcional por lumbalgia medida a través del Roland-Morris es 4.9 ± 4.74 . Esta incapacidad afecta fundamentalmente al mantenimiento de la postura (68.2% refieren cambiar de postura con frecuencia por dolor de espalda; al descanso en cama (37.8% duermen peor debido a su espalda y el 37.2% le cuesta darse la vuelta en la cama por el dolor de espalda); y a la frecuencia del dolor (33.3% le duele la espalda casi siempre). El Roland-Morris se correlaciona significativamente con intensidad del dolor (Rho=0.33), edad (Rho=0.25) y tiempo trabajado (Rho=0.23).

El componente sumario físico del SF-36 se correlaciona significativamente con incapacidad funcional por lumbalgia (Rho=-0.648), intensidad de dolor músculo-esquelético (Rho=-0.507) y la edad (Rho=-0.188). El componente sumario mental se correlaciona con incapacidad funcional por lumbalgia (Rho=-0.294) e intensidad del dolor músculo-esquelético (Rho=-0.187). Las variables con capacidad de predecir valores de dimensión física (<50) son incapacidad por lumbalgia e intensidad de dolor músculo-esquelético; y la variable con capacidad de predecir valores de dimensión mental (<50) es la incapacidad por lumbalgia.

DISCUSIÓN: La prevalencia de DME en los/as mariscadores/as es elevado. La región lumbar es la localización más frecuente de

dolor, y este dolor genera además incapacidad funcional en un porcentaje muy importante de mariscadores/as. El colectivo estudiado presentan menor CVRS que la población general española, siendo las dimensiones más afectadas el dolor corporal y la vitalidad. Las variables que tienen capacidad para predecir valores por debajo de la media del componente sumario físico son la incapacidad por lumbalgia e intensidad del DME. La variable que tiene capacidad para predecir valores por debajo de la media del componente sumario mental es la incapacidad por lumbalgia. La edad no modifica ni la dimensión física ni la mental de este colectivo.

Implicaciones para la práctica clínica: Con este estudio hemos detectado, por una parte, que la CVRS en este colectivo fundamentalmente femenino está por debajo de valores de referencia y, por otra, cuáles son las variables que influyen en dicha CVRS. Se ha identificado asimismo la localización más frecuente de DME y qué incapacidad funcional produce la lumbalgia. Estos resultados permitirán diseñar y planificar programas preventivos más específicos y adecuados a las necesidades de los/as trabajadores/as estudiados/as.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

-Marugán B. E colleron ese tren? Profesionalización das mariscadoras galegas. Xunta de Galicia; 2004. -Gago C. Coord. La mujer en el mundo de la pesca en Galicia. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2004. -DVD ?O Prezo da marea: Prevención dos trastornos musculoesqueléticos no marisqueo?. Xunta de Galicia; 2007. -Manual de Formación para o Marisqueo. Seguridade:Marisqueo a Pé. Xunta de Galicia. 2002. -Protocolos de Vigilancia Sanitaria Específica. Posturas Forzadas. Comisión de Salud Pública. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. 2000. -Guía de Práctica Clínica: LUMBALGIA INESPECÍFICA -Versión Española de la Guía de Práctica Clínica del Proyecto Europeo COST B13. Febrero de 2006. www.REIDE.org. Kovacs FM, Abreira V, Zamora J, Fernandez C; Spanish Back Pain Research Network. Spine.2005 Aug 1;30(15):1786-92. -Hagen KB et al. The Cochrane review of advise to stay active as a single treatment for low back pain and sciatica. Spine 2002, 27:1736-1741 -Clinical Guidelines: Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society; 2007. -Kay TM, et al. Exercises for mechanical neck disorders. Cochrane Database Syst Rev. 2005; 20(3):CD004250. -Vilagut G, Valderas JM, Ferrer M, Garin O, Lopez-García E, Alonso J.. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. Medicina clínica (Bar) 2008; 130(19): 726-735. - Vilagut et al: El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit vol. 19 nº2 Barcelona Mar/Apr 2005 -Roland M, Morris R. A study of the natural history of back pain: Part I: Development of a reliable and sensitive measure of disability in low-back pain. Spine 1983;8(2):141-144. -Kovacs F, Llobera J, Gil del Real M^ªT, Abreira V, Gestoso M, Fernández C, Kovacs-Atención Primaria Group. Validation of the Spanish Version of the Roland-Morris Questionnaire. Spine 2002; 27(5):538-542.

AUTORES/AUTHORS:

Marta Menendez Suarez, Carmen Fernandez Alonso, Eva Bolaños Gallardo, Sonia Herrero Velazquez, Eva Domingo Gonzalez, Paula Casas Rodriguez, Susana Sanchez Ramón, Lidia Salvador Sanchez, Ana Gonzalez SanJose

TÍTULO/TITLE:

Elementos relacionados con la detección de la Violencia de Género, desde una perspectiva cualitativa

Antecedentes:

A pesar de la relevancia del problema de la violencia de género (VG), su detección es muy baja y se estima que menos del 10% de las mujeres víctimas de VG, en cualquiera de sus formas, denuncian la situación y pasan entre 5 y 10 años de media hasta que la mujer comunica el hecho. El por qué de esta baja detección está por un lado en la resistencia de la mujer a desvelarlo y denunciarlo, en la ausencia de reconocimiento de conductas de maltrato por la propia mujer y también en que los profesionales no lo preguntamos por diferentes razones.

Podemos identificar entre las causas de infradetección unas que tienen que ver con el profesional (por qué no lo pregunta) y otras que tienen que ver con la víctima (por qué no lo revela).

En este estudio proponemos las preguntas que tienen que ver con la actuación de los profesionales; las relativas a las mujeres son objeto de una segunda fase del estudio.

Objetivo:

Analizar los aspectos relacionados con la detección de VG en el marco de un estudio cualitativo cuyo objetivo principal fue:
?Investigar las actitudes y comportamientos de los profesionales sociosanitarios del ámbito rural y urbano ante la mujer que sufre VG y en que medida las creencias y valores pueden actuar como barreras en la detección y en el abordaje profesional correcto del problema?.

Metodología:

Ámbito: Atención Primaria de la comunidad de Castilla y León.

Diseño: Estudio de investigación cualitativa, a través de la técnica de grupos focales. Con esta forma de investigación tratamos de analizar comprender y valorar una realidad determinada, más allá de la información que puede proporcionarnos la investigación cuantitativa.

Participantes: Profesionales sociosanitarios pertenecientes a los núcleos rurales y urbanos de Castilla y León.

Muestra: se trata de una muestra estructural, definida en función de variables de la estructura social que pueden ser más relevantes para y pertinentes para el estudio. A partir de las siguientes variables: sexo, edad, ámbito (rural/urbano), profesión (medicina de familia, pediatría, enfermería, matrona, trabajo social); se diseñaron los perfiles de las personas participantes, de tal manera que queden representadas la diversidad de perspectivas y puntos de vista sobre esta problemática.

Captación: para reclutar a los participantes, el equipo de investigación seleccionó de los diferentes Centros de Salud de las provincias elegidas, profesionales que reunían los perfiles seleccionados y que quisieron participar en el proyecto. Se consideró oportuno que los participantes hubieran atendido algún caso de VG en sus consultas y que llevaran al menos un año trabajando en el centro actual.

Método: Se utilizó la técnica de grupos focales la cual nos permite explorar creencias, expectativas y vivencias sobre la VG desde el contexto existencial de los profesionales.

Todos los grupos focales fueron dirigidos por una preceptora doctora en psicología y experta en investigación cualitativa. Además de la preceptora en cada grupo hubo un observador/a. Los participantes no conocían ni a la preceptora ni a los observadores.

Se elaboró un guión orientativo de preguntas, teniendo en cuenta los objetivos del estudio y la información obtenida en estudios previos, que sólo se formulaban si espontáneamente no se hablaba de los aspectos considerados relevantes o para reconducir el discurso.

Los grupos fueron grabados con grabación de voz exclusivamente tras previo consentimiento firmado de los participantes

Análisis de datos: La información ha sido transcrita y tratada a través de la técnica de análisis e interpretación de discurso, inicialmente de forma individual por tres investigadoras y la preceptora. Posteriormente se procedió al análisis conjunto mediante técnica de triangulación de resultados del análisis individual para la elaboración del informe final.

Resultados:

Se realizaron 6 grupos focales: 2 de sanitarios, 2 de sanitarias, 2 de trabajadoras sociales (rurales/urbanos). Se decidió separar los grupos por sexos, al estimar que al compartir grupo varones y mujeres, podría influir en el nivel de sinceridad al expresar sentimientos, valores, actitudes sobre un tema como la VG potencialmente influenciado en razón del género. Por otro lado se agruparon los participantes por categorías profesionales al considerar que compartir competencias profesionales permitiría mayor fluidez de experiencias y evitaríamos preponderancia de una categoría sobre otra.

Los profesionales reconocen tener inexperiencia en el manejo de la VG en la consulta debido a una escasa detección de casos. Lo atribuyen a que hasta hace pocos años no se consideraba como un problema sanitario, a la carencia en formación sobre el tema y a las dificultades en el manejo de éste una vez diagnosticado. Otros profesionales minimizan la magnitud del problema en sus ámbitos de actuación.

Se identifican diversas barreras: temor a la implicación emocional, falta de tiempo, temor a no saber dar respuesta a las expectativas de la mujer y a las generadas por el profesional, favorecidas también por el desconocimiento de manejo del problema y de los recursos. Manifiestan miedo ante los aspectos judiciales que les afectan como profesionales.

Existen más barreras y dificultades en el medio rural que en el urbano. El mayor conocimiento profesional/entorno, la dificultad para el anonimato y la presión social se identifican como elementos negativos para el abordaje de la VG.

Se evidencian diferencias discursivas en cuanto a género y a colectivo profesional.

Determinan cierta confusión o indefinición de su propio rol y del sistema sanitario frente a la VG.

Discusión:

Aunque existen distintos niveles de sensibilización por parte de los profesionales, se encuentran en una fase de reconocimiento del problema, con bajo nivel de identificación.

Los profesionales no tienen claro su papel y no están suficientemente capacitados para su manejo. Existe una tendencia a justificar y minimizar el problema.

Implicaciones para la práctica:

El conocimiento de la situación nos ha permitido implementar estrategias de formación adaptadas al contexto de los profesionales, considerando las diferencias de género. Asimismo tener en cuenta la diversidad de sensibilidades, actitudes y experiencias.

Las expectativas de eficacia pueden mejorar si contemplamos las necesidades específicas de formación, apoyo y supervisión de cara a implementar intervenciones.

El abordaje cuestiona nuestro modelo de actuación (biomédico) y hace necesario un cambio hacia un modelo de abordaje integral y multiprofesional, imprescindible para la atención a la VG.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

C Garcia Moreno, H. Cansen, M Elsberg, L Heise and Ch Watts. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic

Violence against Women. Initial results on prevalence health outcomes women's responses WHO.WA 309.Switzerland.2005 Instituto de la mujer. Encuestas sobre Violencia Domestica en España.en los años 1999, 2002, 2006 Estudio de Investigación sobre la Violencia de género en el ámbito rural de Castilla y León. Informe de resultados.2006. Direccion General de la Mujer. Consejería de Familia de la Junta de Castilla y León. WHO. Department of Mental Health and Sustance Dependence " Women`s Mental Health: An evidence based review".Mental Health Determinants and Populations. World Health Organization. Geneva. 2000 Sugg NK, Inui T. Primary Care Physicians Reponse to Domestic Violence. Opening Pandora`s Box. JAMA 1992; 267(23): 3157-3160. Fawcett G, Venguer T, Vernon R y Pick S. Detección y manejo de mujeres víctimas de violencia doméstica: desarrollo y evaluación de un programa dirigido al personal de salud. Population Council / INOPAL III. 1998 <http://www.popcouncil.org> Mejía R, Aleman M, Fernández A y Perez Stable E J. Conocimientos y detección de violencia doméstica por los médicos clínicos. Medicina.(Buenos Aires) 2000. (60) :591-594 Rodriguez MA, Bauer HM, Mc Loughlin E and Grumbach K. Screening and intervention for intimate partner abuse: Practices and attitudes of primary care physicians. JAMA 1999;282:468-474. Fernández Alonso MC, Herrero Velázquez S, Maderuelo Fernández JA, Cordero Guevara JA . García González ML, Sánchez Ramón S. Estudio de conocimientos y actitudes de los médicos de familia respecto a la violencia doméstica. (pendiente de publicación) Bradley F, Smith M, Long J, O Dowd T. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. BMJ 2002; 324: 271-274. Herrero Velazquez S, Fernandez Alonso MC, Bennasar Matesanz ML, Recio Rodriguez JI, y grupo colaborador ADAVAS (Valladolid, Leon, Burgos y Salamanca). Study of abuse victims opinions about family doctors performance. 2006. WoncaEurope-2006 Abstrac Book.pag 43 Implementación de medidas contra la violencia de género en el medio rural. www.fademur.es/_FADEMUR Díaz-Michel, E y Garza-Aguilar, J. Violencia intrafamiliar: frecuencia y características en ambiente rural y urbano, 2003, Gaceta Médica de México

AUTORES/AUTHORS:

Angel Atanasio Rincón, Raquel Fernández Leal, Beatriz López Pérez, Alfonsa Martínez Martínez, Angela Ortega García, M^a Carmen Conde García, Clara María Camacho Alañón

TÍTULO/TITLE:

Estudio del impacto en Medicina Interna tras la implantación de la reposición del stock por el Servicio de Farmacia

INTRODUCCIÓN

La dispensación de medicamentos se realiza mediante el sistema de dosis unitarias, es decir, se suministran los fármacos, por paciente y por día mediante carros con cajetines correspondientes a cada cama. Cuando el Servicio de Farmacia (SF) está cerrado (noches y tardes de fines de semana y festivos) o porque el fármaco sea multidosis (jarabes, tópicos, colirios...), las plantas de hospitalización disponen de un stock de medicamentos para abastecerse. La petición para reponerlo la realiza los días asignados la supervisora de la Unidad mediante una aplicación informática y si se necesita algo fuera de este pedido, se solicita mediante un documento llamado 'receta de planta?', considerándose ésta de carácter urgente. La receta de planta la puede realizar cualquier profesional de enfermería cuando le falta la medicación del stock.

OBJETIVO

Evaluar las consecuencias de la implantación de la reposición de stock de planta por parte del Servicio de Farmacia en una Unidad piloto.

METODO

En octubre de 2008 se implanta el proceso de reposición de stock por el SF y se establece un stock máximo y mínimo para cada medicamento incluido en el pacto de la Unidad piloto. Se reorganiza la distribución, especialidad y se etiqueta su ubicación con código de barras y nombre de los fármacos.

El proceso de reposición de stock consiste en realizar el pedido de la Unidad por parte de la enfermera del SF mediante un lector óptico, leyendo el código de barras propio de cada medicamento. El lector se descarga en el programa informático y se imprime la lista de los fármacos necesarios que prepara una auxiliar de enfermería. Posteriormente, ese pedido, ya preparado, se coloca en la Unidad en sus correspondientes cajetines. Se revisa el stock para realizar la devolución de medicamentos acumulados tanto en cantidad como en variedad.

Se lleva a cabo un estudio observacional y prospectivo en la Planta de Medicina Interna del Hospital General la Mancha-Centro de Alcázar de San Juan en Ciudad Real. Este hospital consta de 340 camas en el que se analizan los siguientes indicadores pre y post-intervención:

1. Encuesta de satisfacción de los trabajadores con 5 preguntas y 1 con texto libre.
2. Cantidad de fármacos solicitados mediante receta de planta.

RESULTADOS

1. Encuesta de satisfacción personal que consta de 5 preguntas con 5 posibles respuestas. Se realiza antes y después de la

intervención y se obtiene una participación del 80%.

¿le falta medicación en el stock?

	Pre-intervención	Post-intervención
Nunca	0	0
Rara vez	3 (25%)	4 (33%)
Alguna vez	8 (67%)	7 (58%)
Casi siempre	1 (8%)	1 (8%)
Siempre	0	0

Se obtiene un descenso en la respuesta ¿alguna vez? de 67% a un 58% y un aumento en la respuesta ¿rara vez? del 25% a un 33% pre y post-intervención respectivamente.

¿Cuánto tiempo necesita para buscar la medicación que le falta?

	Pre-intervención	Post-intervención
Ninguno	0	0
Muy poco	1 (8%)	3 (25%)
Poco	4 (33%)	7 (58%)
Algo	7 (58%)	2 (17%)
Mucho	0	0

Hay un aumento en la respuesta ¿poco? que pasa del 33% al 58% y una disminución en la respuesta ¿algo? del 58% al 17%.

¿Cómo considera la organización/distribución del stock?

	Pre-intervención	Post-intervención
Muy mala	0	0
Mala	0	0
Regular	2 (17%)	0
Buena	9 (75%)	11 (92%)
Muy buena	1 (8%)	1 (8%)

La percepción de enfermería respecto a la organización/distribución del stock mejora al disminuir la respuesta ¿regular? del 17% al 0% y aumentar la respuesta ¿buena? del 75% al 92%.

¿Consideras que realiza (la enfermería de planta) un uso adecuado del stock, en cuanto a mantener el orden, limpieza y colocación de la medicación en su sitio?

	Pre-intervención	Post-intervención
Nunca	0	0
Rara vez	1 (8%)	0

Alguna vez	1 (8%)	2 (17%)
Casi siempre	10 (83%)	8 (67%)
Siempre	0	2 (17%)

la respuesta "casi siempre" disminuye del 85% al 67% y la respuesta "siempre" aumenta del 0% al 17%.

¿Cómo considera el servicio que presta Farmacia?

	Pre-intervención	Post-intervención
Muy malo	0	0
Malo	0	0
Regular	2 (17%)	1 (8%)
Bueno	10 (83%)	10 (83%)
Muy bueno	0	1 (8%)

En la última cuestión que evalúa el servicio prestado por Farmacia no se encuentra variaciones significativas antes y después de la intervención.

2. Cantidad de fármacos solicitados mediante receta de planta:

Se revisan las peticiones realizadas durante un mes elegido al azar en el 2008, antes de la implantación de la reposición de stock, obteniendo 46 recetas de planta en junio.

Después de la intervención se contabilizan las solicitadas durante el mes de marzo 2009 con el resultado de 30 recetas, obteniéndose una disminución del 35%.

DISCUSION

Se produce una disminución en el tiempo de trabajo de enfermería de planta en la búsqueda de medicación, en la realización de recetas de planta y en la colocación del pedido, así como en el de la supervisora al no tener que realizar el pedido al SF. Además, se evita altos inventarios en stock y variedad de productos, lo que disminuye el riesgo de caducidad y deterioro por mala conservación. Se consigue una integración del SF en el equipo asistencial que ayuda a mejorar el servicio que presta Farmacia. Al mejorar la organización, aumenta la seguridad del proceso de dispensación de medicación al paciente en la planta.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Sánchez M.T., Abad E., Salvador A., De Frutos A. Dispensación con intervención posterior: reposición de stock (sistemas automatizados). Farmacia Hospitalaria (FEFH). Tomo 1. Cap 2621. 2002. Marfagón N., Alberola C., Bermejo M.T., Implantación de un sistema de distribución de medicamentos por stock fijo en plana con motivo de la entrada en funcionamiento de un nuevo hospital. Ponencias XXV Congreso nacional de Asociación Española de Farmacéuticos de Hospitales. Palma de Mallorca. Octubre de 1980. 227-31. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ley 25/1990 de 20 de diciembre, del medicamento. BOE 1990.

AUTORES/AUTHORS:

Aurora Baraza Saz, Trinidad Revilla Villegas, Aurelio Rodríguez Pérez, Armando Rodríguez Pérez, Rita Pulido Justicia, Marta Portolés Baraza, Pino Sánchez Reyes, Víctor Guerra Arencibia

TÍTULO/TITLE:

Influencia de la ansiedad en la satisfacción del paciente de Cirugía Mayor Ambulatoria

El cuidado centrado en el paciente se ha convertido en un enfoque fundamental y es un indicador insustituible con vistas a incrementar la calidad y optimizar la imagen de un sistema de salud (1). Por tanto, la satisfacción es una valiosa medida del resultado de los procesos en la atención sanitaria (2).

En el ámbito concreto de los servicios de anestesia, hoy en día, existen indicadores escasamente relacionados con la satisfacción del paciente. Hasta hace poco, los resultados de los estudios epidemiológicos en anestesia, se centraban en el análisis de las causas de la morbi-mortalidad, la predicción de las mismas y el establecimiento de estándares de trabajo (3). El empleo de indicadores restringidos a los efectos adversos del cuidado anestésico (como la muerte, el infarto de miocardio, el paro cardíaco y la lesión cerebral, etc.) dado que son poco frecuentes, limitan las posibilidades de evaluación de los cuidados. Teniendo en cuenta la seguridad demostrada en anestesia en los últimos tiempos, es necesario un nuevo enfoque, una redefinición que sirva para valorar la calidad de la práctica actual (4-5)

Ante una intervención quirúrgica se desencadena en distinta medida ansiedad y estrés. Si lo hace en grado medio, se potencia un estado de alerta positivo que actúa como activador y motivador de la acción; pero si sobrepasan el umbral, aparecen aspectos negativos de la ansiedad que repercuten en la evolución y recuperación del post-operatorio (6). Uno de los objetivos de la valoración preanestésica es reducir el miedo y la ansiedad, ya que al menos 1 de cada 3 pacientes presenta malestar psicológico, por lo que deberían de tomarse las medidas oportunas para una mejora de la calidad (7). Además si se acepta que uno de los miedos más frecuentes es el dolor, considerado como el quinto signo vital (8), evaluar su prevalencia e intensidad en la fase postoperatoria constituirá una buena prueba de su impacto sobre la evaluación final subjetiva de satisfacción del paciente (9).

La ansiedad ante una intervención quirúrgica puede influir sobre la inducción y recuperación del paciente, así como sobre la satisfacción.

Objetivo

Esta investigación tiene tres objetivos. En primer lugar, establecer empíricamente si los valores en ansiedad que experimentan los pacientes de cirugía mayor ambulatoria (CMA) disminuyen tras la intervención. En segundo lugar, determinar si estos cambios en la ansiedad tienen alguna relación con las características personales y sociodemográficas de los pacientes. Finalmente, verificar la relación entre la ansiedad posquirúrgica y el grado de satisfacción del paciente con el proceso de CMA y los cuidados perioperatorios recibidos.

Método**Participantes**

El universo de nuestro estudio se centra en los pacientes de CMA de nuestro hospital. La muestra está formada por 148 pacientes intervenidos de colecistectomía laparoscópica en la unidad de CMA, seleccionados de forma consecutiva desde mayo del 2007. Los criterios de inclusión fueron ser mayor de edad y no presentar deterioro cognitivo ni diagnóstico tumoral conocido, además de otorgar su consentimiento para ser incluidos en el estudio. Por tratarse de una patología más frecuente en el sexo femenino, del conjunto de pacientes, 38 fueron varones (25,7%) y 110 mujeres (74,3%), la edad media es de 49,12 años (DT=14,08 y un rango de edad entre 20 y 78 años). Además, el 55,8% carecía de estudios o sólo tenía estudios de primaria, el 72,1% vivía en pareja o tenía familia y en

su inmensa mayoría residían en hábitat urbano (62,0%). Tan sólo el 17,6% no habían sido intervenidos quirúrgicamente con anterioridad, mientras que un 25,7% lo habían sido al menos en tres o más ocasiones.

Diseño e instrumentos

El estudio tiene un diseño semi-experimental antes/después, empleando como variable nuclear la ansiedad del paciente, con medidas pre y post quirúrgicas. Así mismo, realiza observaciones simples destinadas a registrar datos personales relevantes para la salud, factores sociodemográficos que contribuyan a trazar un perfil riguroso del valor de nuestros resultados y cuestiones que miden el grado de satisfacción con el proceso. Para la instrumentalización, se utilizaron cuestionarios que registraran la información socio-demográfica y personal relativa al número y experiencia de intervenciones anteriores. La ansiedad se midió mediante el test de Ansiedad-Estado de Spielbergr (STAI) (10-11). La medida de satisfacción la determinamos con dos índices. En primer lugar, mediante la articulación de tres indicadores relativos al trato que recibió el paciente en la Unidad CMA (del médico, de la enfermera, en general). El índice resultante se proyectó sobre una escala de cuatro puntos (0= muy insatisfecho; 3= Muy satisfecho). En segundo lugar mediante una escala métrica de valoración de la estancia en el hospital (0 muy insatisfecho; 10 muy satisfecho). La recogida inicial de datos se realizó en la consulta de preanestesia y la final, al día siguiente a la intervención.

Finalmente, la medida de satisfacción con el tratamiento del dolor la determinamos también con dos índices. En primer lugar, mediante una escala visual analógica (EVA) (12-13) sobre la experiencia de dolor del paciente (0=Ningún dolor; 10=Dolor insoportable) y, en segundo lugar, mediante la suma de las respuestas a dos cuestiones que recogían una valoración escalar del tratamiento que había recibido para mitigarlo (1=Mal; 2=Regular; 3=Bien; 4=Muy Bien) y la prontitud con que se había administrado analgésicos (1= No se lo administraron; 2= Tardaron; 3= Pronto; 4= No hizo falta).

Resultados

LA ANSIEDAD PRE Y POST QUIRURGICA.

El análisis psicométrico del Test de ansiedad verificó, de acuerdo con los valores originales del autor una fiabilidad por el método de consistencia interna, un Alfa de Cronbach = 0,88. El análisis sustantivo de los resultados muestra que la ansiedad fue más alta antes que después de la intervención. Concretamente, obtuvimos diferencias significativas en el STAI (Mpre=21,7; DT=12,2 vs. Mpost =16,0; DT=8,5; $t(104)=4,86; p=0,001$) y que estas diferencias son independientes de las otras variables personales estudiadas excepto el sexo. Así, se observa que hay diferencias significativas entre varones (M=15,7; DT=10,2) y mujeres (M=24,4; DT=11,9; $F(1,144)=16,34; p=0,001$) en los niveles de ansiedad preoperatoria pero que estas diferencias desaparecen tras la intervención (M=14,7; DT=6,5 y M=16,4; DT=9,1 respectivamente para hombres y mujeres; $F(1,144)=0,86; p=0,35$). Es decir, aunque la ansiedad previa a la cirugía era más elevada en mujeres que en hombres, un 37,03% presentaban niveles de ansiedad patológicos, esta disminuye considerablemente en el postoperatorio en ambos grupos. En las variables relativas al nivel de estudios, hábitat o número de intervenciones no se encontraron diferencias entre los distintos niveles considerando independientemente la ansiedad preoperatoria y la ansiedad postoperatoria. Solamente al analizar la ansiedad con las complicaciones y el recuerdo desagradable de intervenciones anteriores, encontramos una diferencia marginalmente significativa ($p=0,054$).

RELACIÓN DE LA ANSIEDAD CON LA SATISFACCIÓN CON EL PROCESO EN LA UNIDAD CMA.

Los resultados del primer índice compuesto dieron una media muy alta (M= 2,9423) y una desviación típica tan pequeña (DT=0,34) que desaconseja cualquier análisis ya que dicha puntuación es independiente de cualquier otro factor concomitante. No obstante, todos los pacientes excepto uno refirieron haber recibido un trato correcto del personal, el 100% se sintió tratado con respeto y el 84,4% recomendaría la CMA. El índice de satisfacción dio una M=8,6154 y una DT= 1,30203. Ello nos permite dividir la muestra y escoger aquellos pacientes cuya puntuación caen por encima y por debajo de la mediana (inferiores y superiores a 9) y ejecutar un ANOVA para determinar si existen diferencias entre esos grupos en el nivel de ansiedad pre- y postquirúrgico. Los resultados

obtenidos muestran una interacción marginalmente significativa entre ansiedad y satisfacción $F(1,81)=0,3,21$; $p=0,07$. El estudio de las medias y varianzas establecen una sugestiva conexión entre ansiedad y satisfacción. Mientras en ambos grupos hay diferencias significativas en el nivel de ansiedad ($M_{pre}=21,3$ y $M_{post}=17,0$; $F(1,81)= 6,27$; $p=0,01$, para el grupo que se muestra menos satisfecho y $M_{pre}=23,9$ y $M_{post}=14,7$; $F(1,81)= 19,3$; $p=0,01$ para el grupo que se muestra más satisfecho), la proporción de varianza explicada en cada caso muestra un valor moderadamente superior en el segundo grupo (eta cuadrado parcial $\eta^2=0,018$) frente al primero (eta cuadrado parcial $\eta^2= 0,010$).

RELACIÓN DE LA ANSIEDAD CON LA SATISFACCIÓN EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR.

Aunque el 55,04% de la muestra pensaba que iba a pasar menos dolor o ningún dolor, el 92,67% consideró que su dolor había sido tratado bien o muy bien. Los resultados del primer índice, experiencia del dolor postoperatorio, se relacionaron con las dos medidas de ansiedad pre- y postquirúrgica. Las correlaciones de Pearson entre la experiencia de dolor y la ansiedad resultaron significativas tanto con la medida prequirúrgica ($r(146)= 0,25$; $p=0,01$) como postquirúrgica ($r(146)= 0,44$; $p=0,001$). Ello significa que los pacientes a medida que experimentan más ansiedad tienen mayor sensación de dolor, siendo esta relación más intensa en la fase posquirúrgica. Respecto al índice compuesto sobre el tratamiento que había recibido para mitigarlo y la prontitud o rapidez con que se le habían administrado los analgésicos, los resultados mostraron correlaciones de Pearson entre tratamiento y ansiedad diferentes según se tratara de la ansiedad prequirúrgica ($r(146)= -0,61$; $p=0,53$ n.s.) o de la ansiedad postquirúrgica ($r(146)= -0,21$; $p=0,03$). Es decir, que solo la ansiedad postquirúrgica afecta a la valoración que se hace del tratamiento recibido para reducir el dolor, de modo que cuanto mayor sea la ansiedad menos positiva es la opinión sobre el tratamiento.

Discusión: Aunque los indicadores de satisfacción del paciente en el ámbito del proceso quirúrgico están poco explorados y se centran en causas de morbi-mortalidad, actualmente se van incorporando parámetros que valoran la opinión del paciente y su experiencia con el proceso y los cuidados peri operatorios. Al comprobar en nuestro estudio, que la ansiedad del paciente está relacionada con su satisfacción, disipar dudas y minimizar la ansiedad, afectaría positivamente sobre el proceso quirúrgico de CMA. Como conclusiones de nuestro estudio podemos afirmar que las mujeres son más ansiosas que los hombres, rasgo que encontramos frecuentemente en la literatura. No hemos identificado características personales o sociodemográficas relacionadas con los cambios de ansiedad. La experiencia de cirugías previas no aparece asociada a la ansiedad que presenta el paciente, siempre y cuando no se presentaran complicaciones o mantenga un recuerdo desagradable. Los pacientes muestran mayores niveles de ansiedad antes de la cirugía y la misma está relacionada con el grado de satisfacción que expresan. Niveles más altos de ansiedad previa, menor satisfacción del paciente con el proceso de CMA. Sin embargo, aunque la ansiedad previa no afecta a la satisfacción con el tratamiento del dolor, si que lo hace la ansiedad postoperatoria. En resumen, definir los cuidados perioperatorios de los pacientes que incluyan pautas de actuación o protocolos para disminuir la ansiedad pre y post quirúrgica, contribuirá a incrementar su satisfacción.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Hadjistavropoulos H, Dobson J, Boisvert J. Information provision, patient involvement, and emotional support: prospective areas for improving anesthetic care. *Can J Anesth* 2001;48:864-870.
2. Auquier P, Pernoud N, Bruder N, Simeoni MC, Auffray JP, Colavolpe C, et al. Development et validation of a perioperative satisfaction questionnaire. *Anesthesiology* 2005;102:1116-23.
3. Muñoz-Ramón JM. Control de calidad en anestesiología. *Rev Esp Anest Reanim* 1995;42:91-95.
4. Fung D, Cohen MM. Measuring patient satisfaction with anesthesia care: a review of current methodology. *Anesth Analg* 1998; 87: 1089-98
5. Heidegger T, Nuebling M, Germann R, Borg H, Katrin Flückiger MD, Coi T, Husemann Y. Patient satisfaction with anesthesia care: information alone does not lead to improvement. *Canadian Journal of Anesthesia* 2004; 51:801-05
6. Chirveches E, Arnau A, Soley M, Rosell F, Clotet G, Roura P, et al. Efecto de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor. *Enferm Clín* 2006;16:3-10.
- 7.

Auquier P, Blache JL, Colavolpe C, Eon B, Auffray JP, Pernoud N, et al. Échelle de vécu périopératoire de l'anesthésie. I ? Construction et validation. *Ann Fr Anesth Réanim* 1999;18:848-57. 8. Dexter F, Aker J, Wright, W. Development of a Measure of Patient Satisfaction with Monitored Anesthesia Care: The Iowa Satisfaction with Anesthesia Scale. *Anesthesiology* 1997;87:865-73. 9. Gallego JI, Rodríguez de la Torre MR, Vázquez-Guerrero JC, Gil M. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. *Revista Sociedad Española del Dolor* 2004;11:197-202 10. Spielberg CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. TEA Ediciones, S.A., ed. Madrid: 1982. 11. Schiff JH; Fornaschon AS; Frankenhauser S; Schiff M; Snyder-Ramos SA; Martin E; et al. The Heidelberg Peri-anaesthetic Questionnaire development of a new refined psychometric questionnaire. *Anaesthesia* 2008;63:1096-1104 12. Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet* 1974;2:1127-31. 13. Smith AF, Pittaway AJ. Premedicación para la ansiedad en la cirugía ambulatoria en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 3, 2008. Oxford, Update: Software Ltd. Disponible en <http://www.update-software.com>

Mesa de comunicaciones 15: Práctica clínica**Concurrent session 15: Clinical practice****AUTORES/AUTHORS:**

Louise Dumas, Isabelle Landry, Andréanne Savoie

TÍTULO/TITLE:

Do we have evidences to recommend timing of routine ophtalmic prophylaxis at birth?

Background:

According to Canadian and American recommendations, ophtalmic erythromycin or similar antibiotic should be routinely administered to all newborns within the first hour or the first two hours after birth. This discourages skin-to-skin proximity and eye-to-eye contact essential for the first accointance between mother and infant. It also requires separation of mother and baby which is against the basic rules to become Baby-Friendly (WHO/UNICEF). The Quebec government has prioritized the implementation of the Ten Steps for Breastfeeding (WHO/UNICEF) as its main strategy to increase breastfeeding rates. Knowing this, and also knowing that many industrialized countries have abandoned this practice for many years without problems, do we have evidences to continue administration within this time frame? What is the role of the nurses regarding this recommendation?

Objectives:

Three main objectives were set for this project:

- 1.Question scientific bases for the timing of the administration of routine ophtalmic ointment to newborns in Quebec;
- 2.Compare Quebec/Canadian/American recommendations to those of other industrialized countries.;
- 3.Initiate reflection on evidence-based perinatal practices.

Methodology:

Methods were based on Goode and Piedalue?s model (1998) to determine sound evidences:

- 1.systematic review of the literature on ophtalmic prophylaxis: data from pathophysiology, pharmacology, infection prevention, quality assurance, risk management, standards of care, international, Canadian/Quebec recommendations;
- 2.phone survey to first-line managers and clinicians in all Quebec hospitals with an obstetrical unit : questions on clinical expertise, clinical experiences, parents? preferences;
- 3.official epidemiological statistics from the Quebec Ministry of Health and Social Services;
- 4.qualitative and quantitative analyses of data obtained.

Findings:

There is no scientific basis for any recommendation within the hours after birth. In reality also, Quebec nurses do not respect the recommended time frame and this, without negative consequences over a 10 year period.

Conclusion:

This requires health professionals? attention as to such a practice in Quebec/Canada and USA, especially since many industrialized countries don?t even continue to use such eye prophylaxis.

Implication for practice:

Nurses and other professionals involved in routine perinatal care practices should be informed of the absence of evidences for the timing of routine eye prophylaxis in newborns. Nurses being responsible for the administration of such routine medication should intervene to get this practice changed according to scientific evidences. Even more, they should question the need of suchcostly routine without any evidences to base it. Many dollars could be saved in North-American countries in the actual times of financial difficulties.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Dumas L, Landry I, Savoie A. (2002). Intervenir en périnatalité. L'importance des données probantes. *L'Infirmière du Québec*, 10(2), 31-36.

Dumas L, Landry I, Savoie A. (2000). Ophthalmic ointment and vitamin K injection to newborn: is the moment of administration important? Ninth International Conference of Maternity Care Researchers, North Carolina, April.

AUTORES/AUTHORS:

Fatemeh Nazari, Mahboubeh Safavi, Mahmood Mahmoodi

TÍTULO/TITLE:

Migraine and its relation with lifestyle in women

Introduction

Migraine is one of the most common headaches which affects private, social, and work life of the victims (1&2). In a recent study by WHO severe migraine is considered as one of the most disabling chronic disorders (3&4). Headache is one of the most common health problems (5) and a significant medical concern in women's health care (6).

The key to headache prevention is determination of triggering factors which are not generalized and even in one person it is not always the same (7&8). Determination of these factors helps diagnosing and developing individual management methods. According to Hickey, changing these factors in lifestyle decreases the frequency and severity of the diseases (9&10).

Therefore, understanding and being aware of risk factors for diseases is an important factor for accepting health behavior (11) and educating individuals and families about healthy lifestyles is requirement for health promotion and feeling good (12). One of the main roles of nurses includes investigating behaviors and working with families to plan for changes in their lifestyle in order to promote their health level (13). And trying to improve the patients' quality of life and nursing implementation of pain have priority in treatment program (14). Specialists believe that lifestyle has a very sensitive role in health, prevention and treatment of diseases. Therefore, considering the importance of lifestyle as well as economic crisis of health care system it is necessary to make a policy for prevention (15). Determination of factors related to severity and frequency of migraine attacks provides a useful background for planning prevention and controlling migraine triggers.

This study aimed to find out the relation between migraine headaches pattern with diet and eating habits, physical activities and exercising, resting and sleeping habits, medications, smoking, and stressful events of life.

Method and Materials

This is a case-control study on 170 women selected randomly based on the Poisson sampling (with 0.05 accuracy and 95% validity). The study population for the case group included female patients suffering from headache, who referred to the neurology clinics of Alzahra and Noor health centers in Isfahan (with neurologist-diagnosed migraine according to the criteria of the International Society of Headache) from June to September 2006. The study population for the control group included women without migraine headache who were in the same life situation and living area as the case group. The entry criteria for the case included neurologist-diagnosed migraine according to the criteria of the International Society of Headache, awareness of their diagnosis, Iranian nationality, Persian speaker, residence of Isfahan city and age between 18 and 50. The exempting criteria included pregnancy, undergoing fertility medication, menopause, menstruation migraine, irregular menstruation, having known allergic diseases, asthma, hypothyroidism, hypertension, heart diseases, peptic ulcer, convulsive disorders, a history of head injury, sinus or face and craniotomy surgery, having known psychotic disorders (anxiety and depression) and malignant chronic physical illness such as cancer or other diseases which put a lot of physical and emotional stress on the patients, diets to lose or gain weight.

Data were collected using a researcher-made questionnaire which consisted of 10 questions about personal history, 9 questions about current disease history and 59 questions about lifestyle factors including diet and eating habits, physical activities and exercise, rest and sleep, medication, smoking. The questionnaire was validated by content validity method and the reliability was determined by test-retest method. The correlation coefficient between the scores of test and retest was 0.85 with measurement error of 0.15.

Analysis of the data was carried out with SPSS software using descriptive and inferential statistics (t-test, chi square and the Fisher's exact test) and the maximum error was considered to be 5%.

Result

According to the results, the personal history of the two groups, case and control, including age, marital status, education, income level and body mass index had no significant difference which meant that the two groups were similar in this regard. However, the chi square test showed a significant difference between the employment status of the two groups ($P=0.041$) and most of the patient in case group (76.5%) had migraine without aura with a positive family history (74.2%).

Regarding the lifestyle variables, the study findings showed that a bigger percentage (37.6%) of case compared to the control (17.6%) didn't have a regular diet program ($P=0.004$) and 37.6 percent of the case, 23.5 percent of the control group didn't eat on time ($P=0.046$), 29.4 percent of the case and 9.4 percent of the control had less than 3 meals per day ($P=0.001$). Chi square test showed no significant difference between the two groups exercising habits, frequency and duration of exercise, but the case had more very light or very heavy activities compared to the control and the average activity in control was higher than case. Chi square test showed a significant difference between the activities of the two group ($P=0.049$).

The study findings related to the sleeping and resting pattern showed that 50.6% of the case and 29.4% of the control didn't have regular sleep hours, chi square showed a significant difference between the two groups ($P=0.005$). Also, 23.5% of the case and 4.7% of the control slept less than 6 hours per night and 28.2% of the case and 25.9% of the control slept more than 8 hours per night, there was a significant difference between them with $P=0.001$. 34.1% of the case and 9.4% of the control had fitful sleep and chi square showed a significant difference with $P=0.001$. In addition, most of the patient in case group (72.9%) compared to the control (38.8%) didn't feel refreshed after sleep and there was a significant difference with $P=0.001$. A bigger percentage of the case (14.1%) compared to the control (2.4%) used somnolent drugs and chi square showed a significant difference with $P=0.001$. However, there was no significant difference between the two groups scores in daily resting hours, early rising and sleeping pattern change due to the shifts at work.

The study results regarding to the medications showed that a higher percentage of patients in the case group (96.5%) compared to the control (38.8%) were medicated and the chi square showed a significant difference between the two groups with $P=0.001$. Also, 69.9% of the case used non-steroidal anti-inflammatory drugs and 52.3% of the control used nonnarcotic pain killers, chi square showed a significant difference with $P=0.001$. In addition, a higher percentage of the case group (27.7%) compared to the control (19.3%) used beta-blockers and anticonvulsant drugs to control headaches. Also, the findings showed that the frequency of using drugs in the case group was three or more (26.8%) and in the control group was two (6.1%) and chi square test showed a significant difference with $P=0.001$. Also, the results showed that there was a significant difference ($P=0.001$) between the two groups regarding using supplementary medicine, but there was no significant difference regarding taking contraceptive pills and duration and pattern of using OCP, the frequency of taking vitamins and supplementary foods.

According to the findings, only 2.4% of the case were smokers and there was no significant difference between the two groups in this regard. 27.1% of the case and 14.1% of the control were exposed to smoke in their living place and the chi square showed a significant difference between the two groups in this regards ($P=0.037$).

In general, the findings of this study showed that there was significant differences between the two groups in diet and eating habits ($P=0.001$), resting and sleeping patterns ($P=0.012$) and drug usage patterns ($P=0.001$). However, there were no significant relation between smoking, exercising and stress with migraine headaches.

Discussions

Migraine headache is a result of nervous system disability to cope with the changes in internal and external environment. These

changes can be hormonal, behavioral, dietary and environmental.

In general, the findings of this study showed a significant relation between some dimensions of lifestyle such as diet and eating habits, resting and sleeping patterns, and medications with migraine headaches. However, there was no significant difference between the lifestyles of the case and control group regarding smoking, exercise and stress. Vlajinac study also found that some factors of lifestyle such as irregular eating, lack of sleep, smoking more than 10 cigarettes per day were related to migraine headache (7). Therefore, the hypothesis of the research that there is a relation between lifestyle and migraine was proved in dimensions of diet, medication and rest and sleep pattern. Therefore recommended that health care workers to provide educational plans for migraineurs in order to change their lifestyle and prevent side effects such as stroke as well as overuse of pain killers which reduce the side effects and decrease the frequency and severity of migraine attacks. This, in turn, increases the efficiency of social and economic system in the country. It is also recommended that the high level managers of nursing and policy makers of the nursing education consider the followings:

- a. Emphasizing the social approach of the educational content and prioritizing prevention to treatment in nursing education curricula.
- b. Prioritizing non-medical preventative methods especially lifestyle changes in health care services and emphasizing the follow-ups of patients at home to check their lifestyle and find the wrong behaviors and habits in order to ensure the healthy behavior and to promote the health of the society and to decrease the treatment expenses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

References

- 1.Cari G.H, Dohlof. Is migrain a progressive brain disease with increasingly? Impaired cerebral functioning . Headache care; 2004 vol 1 (4).247-260
- 2.Soltanzadeh A. (Diseases of brain, nerves and muscles). Tehran: Noor Danesh Publication, 2000.p.181-196.persian
3. Goadsby P. Migraine: diagnosis and management. Internal Medicine Journal; 2003.33:436-442
- 4.Matharu M, Boes C.J.Goadsby P.J. Managing the patient with Migraine .Practitioner, 2001. vol. 245:511-529
- 5.Porth Carol M. Essentials of pathophysiology: concepts of altered health states; 2004. lippincott co
6. Mannix Lisa K , Diamond Merle , Loder Elzabth . ?Women and headache:? A treatment approach based on life stages ?. Cleveland clinic journal of medicin?; 2002.vol 69 (6).
- 7.Vlajinac Hristina and etal. Some lifestyle habits of female Belgrade university students with migraine and non ? migraine primary headache. J Headache pain; 2003.vol 4 . p 67-71
- 8.Phipps Wilma and etal .Medical surgical nursing: Health and illness perspectives. ;2003. 7th edition. Mosby co
- 9.Mannix Lisa K. Relieving migraine pain: Sorting through the options . Cleveland clinic Journal of medicine; 2003. vol 70 (1)p ?28
- 10.Hickey Joanne V. The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing. 5TH edition Lippincott co ;2003. p 603 ?616
- 11.Potter P.A ,Perry A.G. Fundamentals of nursing. 6th edition ; Mosby .2005
- 12.Dugass, Burley, Vebter, The principles of patient care: a holistic view to nursing
- 13.Evans Randolph W & Mathew Ninant . Handbook of headache; 2005. Second edition. Lippincott Williams &Wilkins
- 14.Taylor Carol, Fundamentals of nursing: the art and science of nursing care / Carol Taylor, Carol Lillis, Priscilla LeMone. -- 5th ed. -- Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, c2005. xl, 1555 p.
- 15.Mohammadi N, Rafieifar Sh.[program Universal Education Health] (A Broad Plan for Health Education) Ministry of health and Medical education, Health department, 2006.p.175.persian

AUTORES/AUTHORS:

Rúbia Aparecida Lacerda, Ciampone Maria Helena

TÍTULO/TITLE:

SYSTEMATIC REVIEW OF SCIENTIFIC LITERATURE ABOUT THE BENEFITS OF USING OZONE IN WOUNDS

Introduction

The use of ozone has increased from the end of World War I(1,2,3). There are several application modalities, as well as indications for treatment, among them, for wounds(4).The objective of this study was to verify if there is scientific evidence about the benefits of the therapeutic use of ozone with wounds.

Method

Systematic review-SR (August/2006 to August/2007) of primary research in several languages except Chinese, Polish, Czech, and Russian carried out by Descriptors in Health Sciences (MESH), without restriction to publication period, in databases (CINAHAL, COCHRANE, EMBASE, LILACS, MEDLINE, OVID, PubMed, and USP/Sibi/DEDALUS), books, and works presented in scientific events. It was used the PICO(5) strategy: Population=humans and other animals with wounds; Intervention=any modality of ozone application; Control=comparison with other products or with different ozone application methods; Outcome=clinical results (signs, symptoms) and laboratory exams. The following were analyzed: publication data, types of ozone application, design of research, conclusion, internal and external validity (variable control of confusion and population), evidences according to Oxford, adapted by Nobre, Bernardo(6), and Jadad(7)scale.

Results

Of the 1637 publications found and after the evaluation of two researchers, only 23 were included, which fulfilled the objective and the inclusion criteria(Char 1).

Chart 1 ? Studies included in SR, according to publication data. Brazil,2007.

Study Journal Title Authors Country Year

- E2 Journal of Alternative Complementary Medicine, Apr: 11 (2): 363-367 (21 ref) Major ozonated autohemotherapy in chronic limb ischemia with ulcerations de Monte A, Van der Zee H, Bocci V. Holland 2005
- E9 European Journal of Pharmacology; 523 (1-3): 151-161, Oct. Therapeutic efficacy of ozone in patients with diabetic foot Martínez-Sánchez G, Al-Dalain SM, Menéndez S, Re L, Giuliani A, Candelario-Jalil E, Alvarez H, Fernández-Montequín JI, León OS. Holland 2005
- E10 Toxicology Letters; 160(2): 127-134, Jan 5. Modulation of cutaneous wound healing by ozone: differences between young and aged mice Lim Y, Phung AD, Corbacho AM, Aung HH, Maioli E, Reznick AZ, Cross CE, Davis PA, Valacchi G. Ireland 2006
- E12 Angiology; 43(2):47-50, Mar-Apr. Ozone therapy in the treatment of chronic ulcers of the lower extremities Rovira Dupláu G, Galindo Planas N. Spain 1991
- E13 Physiotherapy; 66 (2): 50-51, Feb. Ionozone therapy for skin lesions in elderly patients Church L. United Kingdom 1980
- E18 13th Conference of the European Wound Management Association / European Journal of Clinical Investigation, Supplement. 33 (Supplement 1):45, April Advanced dressings and oxygen-ozone therapy to treat ulcer´s in chronic obliterant peripheral artheriopathies (AOCP) Luongo C, Sammartino A, Mascolo L, Campitiello F, Golino M, Luongo M. Italy 2003
- E22 Presse Med. Nov 27; 73(51):2945-7 ?Closed vessel? oxygen therapy in the treatment of burns Luccioni F, Mosinger M, Aboucaya L. France 1965
- E23 Arch Belg Dermatol Syphiligr Sep; 14(3):317-22 Ionozone therapy: early clinical results in therapy of wounds Hutsebaut A. France 1958

- E25 Aust Fam Physician Apr; 14(4): 292,294,296-298 Chronic leg ulcers. Ozone and other factors affecting healing Thwaites M, Dean S. Australia 1985
- E26 Physiotherapy, Mar 65(3): 81-82 Healing accelerated by ionozone therapy Dolphin S, Walker M. United Kingdom 1979
- E27 Langenbeck's Arch Chir 380(3):144-148 Effects of ozone on how well split-thickness skin grafts take in war wounds. Results of prospective study Turcic J, Hancevic J, Antoljak T, Zic R, Alfirevic I. Germany 1995
- E31 Israel Medical Association Journal 3:9 (706-709) First National workshop on treatment modalities for healing chronic wounds Har-Shai Y. Israel 2001
- E32 Cirurgia Plastica Ibero-Latinoamericana, 20:1 (53-57) Topical ozonotherapy as an alternative to skin grafting in postsurgical slow-healing wounds De Benito FJ, Rovira Dupláa G. Spain 1994
- E35 Annales Medicales de Nancy et de l'Est, 24:oct (329-334) Comparative study to determine the relative efficiency of two types of treatment of decubitus ulcer of sacro and ischeal tuberosities: topical ozone treatment versus the traditional methods Quelard B, Cordier ME, Regent MC, Tenette M. France 1985
- E37 International Journal of Artificial Organs, 25(12): 1194-1198 Necrotizing fasciitis successfully treated with extracorporeal blood oxygenation and ozonization (EBOO) Di Paolo N, Bocci V, Cappelletti F, Petrini G, Gaggiotti E. Italy 2002
- E38 Phlebologie, 21(1): 24-26 Antimicrobial effects of potassium permanganic alone and in combination with ozone treatment Gehring W, Glutsch J, Schonian U, Gehse M, Gloor M. Germany 1992
- E40 Minerva Cardioangiologica, 25(9): 745-748 Notes on the efficacy of an ozonized balneotherapeutic treatment in patients with peripheral vasculopathy Tattoni G, Franchina A. Italy 1977
- E48 CENIC Ciencias Biológicas, vol.29, n.3, 181-184. Acción del aceite ozonizado sobre la cicatrización de heridas de piel en animales de experimentación Anta AS, Rojas PD, González GR, Sánchez EL, Santos ED, Pino LB. Cuba 1998
- E49 Journal of Investigative Dermatology, 126 (Supplement S3) s112, August Therapeutic Effects of Cutaneous Wound Healing by Ozonated Olive Oil Kwon HJ, Kim HS; Noh SU; Lee YJ; Kang YS; Kim MY; Kim HO; Park YM Korea 2006
- E50 Inflammopharmacology. 12(3):261-270 Cicatrizing and antimicrobial properties of an ozonised oil from sunflower seeds Rodrigues KL, Cardoso CC, Caputo LR, Carvalho JCT, Fiorini JE, Schneedorf JM. Italy 2004
- E51 European Journal of Clinical Investigation, Supplement. 33 (Supplement 1):46-47, April Ozone-therapy in treatment of diabetic foot ulcers: a suggestive approach in wound bed preparation. Anichini R, Bellis A De, Butelli L, Gioffredi M, Gori R, Picciafuochi R, Nannelli S, Rossetti R, Alviggi L. Italy 2003
- E52
European Journal of Clinical Investigation, Supplement. 33 (Supplement 1):44, April / 37th Annual Meeting of the European Society for Clinical Investigation - Italy 2-5 April 2003: Workshops: Workshop 9: Oxygen-ozone therapy: clinical and experimental studies SIOOT (Italian Society for the Oxygen-Ozone Therapy) - ESCI Workshop. O2-O3-therapy of nonhealing foot and leg ulcers in diabetic patients Bearzatto A, Vaiano F, Franzini M. Italy 2003
- E55 Ozone-Handbuch Grundlagen ? Prävention ? Therapie
Viebahn ? Hänslér ? Knoch, ecomed,
v-7.2.3 Low pressure ozone use in chronic ulcers First results of a clinical study
(Ozon-Unterdruckbegasung bei chronischen Ulzerationen ? Erste Ergebnisse einer klinischen Studie) Calderon N, Kaufmann T. Germany 2001

According to Chart 1 scopes and other publication data are quite diverse including their origins.

The topic application of ozone was the most frequent intervention(19-91.3%), followed by Auto-hemotherapy (E2,E18) and more than one type of application (E9:topic and rectal insufflations; E37:topic and oxygenation and ozonization of the blood for extracorporeal circulation). Topical applications, in turn, varied a lot: bags, ozonized oil and water, steel box, water vapor with ozone, microclimatic

chamber, balneotherapy, low pressure boots etc.

The control of confusion variables, which were considered in this SR as factors that may interfere in the result aside from the intervention aspect (ozone), was diversified. Among the intrinsic variables, the wound characteristic was the most frequent (87.0%), followed by age (78.3%), base disease (73.9%), gender (52.2%), ethnic/race (21.7%), nutritional state (17.4%). Among the extrinsic variables, the number of applications (65.2%), dosage (47.8%), use of antibiotics (30.4%), bandages with other products for healing (30.4%), other medications (17.4%) were controlled. With exception to E49, all of the controlled studies stratified the variables between the groups. Populations varied from 1 to 200 individuals, considering humans (82.6%) and animals (13.4%). None of them reported statistical analysis of the sample.

Chart 2 ? Studies included for SR according to outcome, research design and Jadad scale. Brazil, 2007.

Research Design

Outcome Randomized controlled clinical trial and Jadad (J) scale punctuation Non-randomized controlled clinical trial Non-controlled clinical trial Case study

Total Healing E9 (J/1), E10 (J/2), E35 (J/3), E50 (J/2) E40 E12, E23, E25, E26, E31, E51, E52, E55 E2, E37

Stimulation of Healing E9 (J/1), E35 (J/3), E48 (J/2) E27, E40, E49 E13, E18, E22, E23, E26, E31, E51, E52, E55

Stimulation or improvement of laboratory exams E9 (J/1) E37

Improvement in pain and other symptoms E40 E13, E22, E26

Aspect improvement E50 (J/2) E27, E38, E40 E13, E22, E23, E26, E31, E51 E55

Diminishing of odor E55

Most (52.2%) of the studies used non-controlled clinical trials. Only 5 of them (21.7%) were randomized controlled clinical trials. Those, which were controlled and did not mention random, were considered as non-randomized (17.4%). The Jaddad(7) scale, which maximum score is 5, applied in the randomized controlled clinical trials, obtained values 3(E35), 2(E10,E48,E50) and 1(E9). Only E35 adequately described the randomization process and none mentioned blinding. All studies reported benefits of using ozone, under various types of outcomes.

Discussion

When studies were qualified only by research design (E9,E10,E35,E48 and E50), they presented more strength and a higher evidence, since they constituted randomized controlled clinical trials, in accordance with Oxford evidence levels, adapted by Nobre,Bernardo(6). According to the Jadad(7) scale, none of them had obtained maximum scores and the best would have been E35 (Jadad=3), however it controlled a few confounding variables (6) and used one of the smallest populations (6 humans). E48,E10,E50, in spite of having controlled a larger amount of variables (12,11,10,respectively), were performed with animals. Therefore, among the studies with the best research designs, three of them used animals.

Some SR have questioned the decision of evidences based only in research designs(8,9,10,11) and in scoring scales such as Jadad(7). They demand strategies of analysis that consider other attributes, such as accordance of design with focus on research and analysis of internal and external validities, which include control of confounding variables, sufficiency statistics of sample, and stratification of variables between the groups, etc.

Considering the diversity of scopes, interventions, designs and variables between studies, it was not possible to perform metanalysis. In addition to problems regarding internal and external validities between them, control of confounding variables, variety of ozone application techniques, quantity and type of population, it was also not possible to arrive at a conclusion about the existence of scientific evidence.

Contrary to most other SRs, which included studies concentrated on countries with more renowned research centers, the studies of this SR were originated in several countries and continents, showing widespread use of ozone albeit in a peripheral manner. Furthermore, several studies are relatively new (2001-2006), indicating that ozone is still being an object of investigation. Considering the fact that all the studies' outcomes have presented benefits, it is highly suggested that ozone use in wounds must not be discontinued, on the contrary, further investigation should be performed with well-controlled interventions, using either the best research designs, or controlling the necessities of internal and external validities.

Conclusion

This SR did not result in providing scientific evidence, however, considering that all studies demonstrated some benefits, it can be concluded that there is a necessity to perform further studies about this subject instead of abandoning it.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

References

- 1- Turcic J, Hancevic J, Antoljak T, Zic R, Alfirevic I. Effects of ozone on how well split-thickness skin grafts according to Thiersch take in war wounds. Results of prospective study. *Langenbecks Arch Chir.* 1995;380:144-8
- 2- Wolff A. Eine medizinische verwendbarkeit des ozons. *Deutsch Med Wochenschr.* 1915:311.
- 3- Chamellian R, Brito GS. O ozônio [texto na Internet]. In: 1st International Conference about the Medical and Odontological Use of Ozone ; 2004; Santo André, SP. Brazil [mentioned on 2004 Sep. 17]. Available at: <http://www.conferenciaozonio.com.br/ozonio.html>.
- 4- Oliveira JTC de. Revisão sistemática de literatura sobre o uso terapêutico do ozônio em Feridas ? Systematic review of literature about the therapeutic use of ozone on wounds [dissertation]. São Paulo: Nursing School, University of São Paulo; 2007.
- 5- Nobre MRC, Bernardo WM, Jatene FB. A prática clínica baseada em evidências. Parte I ? questões clínicas bem construídas. ? Evidence-based Clinical practice. Part I ? well-constructed clinical issues. *Rev Assoc Med Bras* 2003; 49(4): 445-9.
- 6- CEBM. Oxford Centre for evidence-based medicine. [citado 2009 ago. 31] Disponível em: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025> (01/09/2009).
- 7- Jadad AR, Moore A, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds JM, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: Is blinding necessary? *Controlled Clin Trials* 1996; 17: 1-12.
- 8- Denser CPAC, Lacerda RA. Reprocessamento e reutilização de material odonto-médico-hospitalar de uso único: a busca de evidência pela revisão sistemática. ? Reprocessing and reutilization of one-use odonto-medical-hospital material. *Acta Paul Enferm.* 2006;19(3):316-22.
- 9- Burgatti JC, Lacerda RA. Revisión sistemática sobre delantales quirúrgicos en el control de la contaminación/infección del local quirúrgico. Systematic review about surgical smocks for controlling contamination/infection of the surgical place. *Rev Esc Enferm* 2009 43(1).
- 10- Mendonça SHF. Impacto do uso de conectores sem agulha para sistema fechado de infusão na ocorrência de infecção de corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central: evidências de uma revisão sistemática [dissertação]. Impact of the use of connectors without needles for closed system of infusion in cases of blood-current infection related to a central venous catheter: evidences of a systematic review. [dissertation]. São Paulo, Brazil: Nursing School, University of São Paulo; 2008.

AUTORES/AUTHORS:

Anabela Sousa Salgueiro-Oliveira, Parreira Pedro Miguel Dinis, Basto Marta Lima

TÍTULO/TITLE:

Cuidados de enfermería y ocurrencia de flebitis en enfermos con cateteres venosos periféricos: revisión sistemática

1. Objetivos

El recurso a la inserción de cateteres venosos periféricos es una práctica indispensable en contexto hospitalar, con probabilidad de complicaciones locales o sistémicas, concretamente la flebitis. Este trabajo tiene como objetivos: conocer cuál es la evidencia científica existente sobre los cuidados de enfermería a enfermos con cateteres venosos periféricos; entender cuál es el impacto de esos mismos cuidados en la ocurrencia de la flebitis.

2. Métodos

El motor para la realización de esta revisión sistemática ha sido el interrogante de investigación: ¿Cuál es la importancia de las Intervenciones de Enfermería en la ocurrencia de la flebitis en enfermos portadores de cateteres venosos periféricos? Antes de iniciar la investigación, establecemos algunos criterios de inclusión y exclusión de los trabajos, asimismo atendemos a criterios para la evaluación de la calidad de la investigación publicada. Hemos tenido en cuenta, en la selección de estudios, la presencia de: Participantes; Intervenciones; Comparaciones; resultados (Outcomes) y Diseño del estudio (PICOD). Pretendíamos acceder a estudios publicados entre Abril de 2002 y Abril de 2008. La investigación fue realizada en el mes de Abril de 2008, habiendo sido utilizado en el proceso de revisión un único revisor.

Para conseguir acceder a un mayor número de estudios, hemos optado por investigar los conceptos de la expresión utilizada en todo artículo científico.

Tras varios intentos hemos conseguido estabilizar la siguiente expresión de investigación: "Peripheral Intravenous catheter" OR "Peripheral venous catheter" OR "Peripheral venous canalization" OR "catheterization peripheral" OR "peripheral venous cannulae" OR "peripheral venipuncture" AND phlebitis OR thrombophlebitis OR complications AND nursing OR ?nursing care? OR nurses* AND NOT pediatric OR neonates* OR infants OR child*

Las investigaciones fueron efectuadas en las bases de datos: CINAHL(via EBSCO); Fuente Académica (via EBSCO); Medline (via EBSCO); British Nursing Índex (via EBSCO); Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive (via EBSCO); Cochrane Central Register of Controlled Trials (via EBSCO); Database of Abstracts of Reviews of Effects (via EBSCO); Medic Latina (via EBSCO); Nursing & Allied Health Source (via ProQuest); Scielo; Sciencedirect-Elsevier (via B-ON); Springer (via B-ON); Taylor & Francis (via B-ON); Wiley (via B-ON). Hemos recurrido también a la investigación en las bibliotecas de la Escuela Superior de Enfermería de Lisboa, con la expresión: ?cateteres venosos periféricos?.

3- RESULTADOS

Hemos tenido acceso a 224 estudios científicos que, tras aplicación de los criterios establecidos para la selección de los mismos, nos ha permitido retener 20 artículos. Para tener acceso a algunos de los estudios hemos tenido que efectuar su pedido al extranjero, no obstante, uno no estaba disponible.

Así, los resultados que presentamos han tenido por base el análisis de 19 artículos científicos. De estos, cuatro son revisiones sistemáticas, habiendo resultado, los restantes, de investigaciones realizadas en contexto clínico.

En relación a la orientación metodológica, 14 de los estudios son cuantitativos de carácter epidemiológico. Un estudio retrospectivo, cinco estudios prospectivos, cinco estudios transversales y uno descriptivo comparativo. Cuatro estudios, transcurrieron en simultáneo con la observación.

Al realizar un análisis a los diferentes estudios, constatamos que algunos únicamente abordan una de las intervenciones, inherentes a todos los cuidados de enfermería necesarios en enfermos con este tipo de dispositivos. Hemos notado que algunos tienen como variables de estudio, intervenciones de enfermería direccionadas para la inserción de cateteres venosos periféricos y otras para la vigilancia de los enfermos. Otra vertiente presente en seis de los estudios seleccionados, tiene por base los conocimientos de los enfermeros y el impacto que podrán tener en las prácticas. En la sistematización escrita de ese mismo análisis, optamos por dar visibilidad a las tres agregaciones que efectuamos.

Hemos verificado en términos globales que la incidencia de flebitis encontrada en los diferentes estudios efectuados varía entre 3,7%² y 67,24%¹.

Intervenciones de enfermería en la inserción del catéter

Sobre la importancia que la selección del calibre del catéter adecuado podrá tener en la ocurrencia de flebitis, únicamente en un estudio de los cinco que abordan esta temática^{3,4,5-7} son encontradas diferencias estadísticamente significativas. En los enfermos que participan en el estudio, es encontrada una tasa de complicaciones superior con cateteres de menor diámetro³.

En relación al lugar anatómico/vena, seleccionado para la realización de la punción, dos de los estudios, no presentan resultados estadísticamente significativos, entre la ocurrencia de flebitis y el lugar anatómico/vena utilizado para la realización de la punción^{5,7}. Otros trabajos en oposición, constatan que los cateteres insertados en zonas de flexión o de gran movilidad contribuyen a la ocurrencia de flebitis traumáticas^{4,6}.

Otra intervención considerada se refiere a la ejecución de compresas en el lugar de inserción del catéter. Centran la atención en la selección efectuada por el enfermero del tipo de compresa a utilizar (gasa o película transparente). No es encontrada relación entre la utilización de uno de los tipos de compresas y la ocurrencia de flebitis^{8,9}.

En relación al servicio donde es insertado el catéter, tres estudios investigaron esta vertiente^{6,7,10}. Constatamos que en dos de los trabajos^{7,10} el lugar donde fue insertado el catéter (urgencia u otro servicio), no influye significativamente en la ocurrencia de flebitis. En otro estudio, los cateteres insertados en el quirófano, presentan una tasa más baja de flebitis en relación a los insertados en urgencias o cirugía general⁶.

Aunque por menos investigadores, otros aspectos son estudiados. El tipo de material del catéter seleccionado por los enfermeros, para la punción no revela resultados estadísticamente significativos⁵. La utilización de prolongadores entre el catéter y el grifo, parece reducir considerablemente la ocurrencia de flebitis⁴. La incidencia de flebitis aumenta según el número de cateteres introducidos⁷.

Intervenciones de enfermería en la vigilancia del enfermo portador de catéter

La importancia de las intervenciones de vigilancia en la detección precoz de complicaciones surgidas de la presencia de estos dispositivos intravasculares, es también sistematizada en algunos estudios científicos. El tiempo de permanencia del catéter depende, en la mayoría de los casos, de la toma de decisión del enfermero. En ocho de los estudios analizados, es encontrada una asociación estadísticamente significativa entre flebitis y el tiempo de permanencia del catéter.

En cuanto al límite de tiempo para la sustitución del catéter, en una revisión sistemática no fue encontrado consenso¹¹. Un límite ¿hasta 24 horas? es presentado únicamente por uno de los trabajos,⁶ siendo apuntadas 72 horas por la mayoría de los estudios^{2,3,5,7,10}. En caso de que las señales y síntomas de flebitis no estén presentes hasta las 72 horas, la vigilancia del lugar de inserción podrá tener incluso resultados más efectivos².

Otra de las intervenciones de enfermería consiste en efectuar el lavado (flushing) del catéter con el objetivo de promover la manutención de su permeabilidad y prevenir complicaciones.

No han sido encontradas diferencias estadísticamente significativas en relación a la incidencia de flebitis, cuando era realizado el flushing con suero fisiológico o heparina diluída¹². En la revisión sistemática¹³ relativa al período entre 1995 y 2005, son

encontrados datos heterogéneos en cuanto a la eficacia de la solución salina. Es más, en otro estudio, cuando no es utilizado el flushing, se encuentra una proporción significativamente más alta de cateteres sin complicaciones³.

Las intervenciones de enfermería interdependientes, relacionadas con la administración de la medicación, son evaluadas en algunos estudios realizados en el ámbito de la enfermería. En relación al tipo de perfusión (continua o intermitente), la ocurrencia de flebitis es más elevada en los cateteres mantenidos de forma intermitente en detrimento de los mantenidos de forma continua^{5,7,10}.

La repercusión de los fármacos utilizados es estudiada en cuatro trabajos. Dos de ellos^{5,7} evidencian que no existen relaciones significativas entre la tasa de flebitis y el tipo de medicamentos administrado. En otro estudio⁷, los antibióticos aumentan sustancialmente el riesgo de flebitis cuando son comparados con otros tipos de medicación. Contrariando los resultados anteriores, es encontrado un mayor índice de flebitis en los enfermos en que fueron administrados precisamente fármacos con riesgo flebítico bajo¹⁰. La frecuencia de administración de medicamentos también es estudiada, siendo que una frecuencia superior a cuatro veces por día, demuestra tener dos veces más probabilidades de provocar flebitis que administraciones entre 1-3 veces por día⁶.

Otra variable estudiada es el tipo de fluidos administrados. Uno de los estudios no revela relaciones estadísticamente significativas entre flebitis y el tipo de fluidos administrados⁵. No obstante, otro trabajo⁶, evidencia que son los fluidos hipertónicos los que presentan más probabilidades de causar flebitis en relación a los isotónicos. Los mismos autores también constatan que existe mayor ocurrencia de flebitis cuando las perfusiones son efectuadas por bombas infusoras.

Conocimientos de los enfermeros/Resultados en la práctica de cuidados

Además de las competencias técnicas, los enfermeros deberán movilizar competencias científicas en la prestación de cuidados de enfermería en este ámbito. Los conocimientos sobre factores de riesgo son insuficientes¹⁴. Cuando existen, no están de acuerdo con su práctica clínica^{1,15}. La formación en contexto profesional sobre guidelines existentes, demuestra haber impacto significativo en la reducción de la incidencia de las flebitis¹⁶.

4- DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta los trabajos seleccionados, constatamos que son estudiadas no únicamente las competencias técnicas de los profesionales, sino también las científicas, entendidas como capaces de influir en la ocurrencia de flebitis.

Percibimos que los cuidados de enfermería tienen un impacto significativo en la ocurrencia de flebitis, siendo elevada en algunos contextos.

En relación al intento de agregación que efectuamos de los resultados encontrados, constatamos que algunas intervenciones están en consonancia con las guidelines establecidas por el Centers for Disease Control and Prevention, (2002). Concretamente en relación al uso de prolongador entre el catéter y el sistema de sueros, tipo de compresa utilizada, límite de tiempo para la sustitución de cateteres e importancia de la formación continua de los profesionales.

Verificamos, no obstante, que las mismas guidelines son omitidas en cuanto a los cateteres periféricos, sobre el hecho de que la perfusión sea continua o intermitente, realización de flushing y repercusión del uso de bombas infusoras. Variables estudiadas en los trabajos analizados.

A pesar de la búsqueda exhaustiva efectuada, percibimos que la producción científica en este ámbito es baja en la enfermería. Es el grupo profesional el que habitualmente cuida a enfermos portadores de este tipo de dispositivos intravenosos.

Podrá tener impacto positivo en la práctica clínica la aplicación de la evidencia científica actual, así como continuar la investigación en este ámbito. Hay variables incluidas en los estudios analizados pero omitidas en las guidelines referidas y áreas consideradas por las mismas como importantes y no evaluadas en los estudios.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1 KARADENIZ,G.[et al.]-Nurses' knowledge regarding patients with intravenous catheters and phlebitis interventions.J Vasc Nur.21:2 (2003),44-49.
- 2 POEWELL,J.; TARNOW,K.; PERUCCA,R.-The relationship between peripheral intravenous catheter indwell time and the incidence of phlebitis. J Infs Nurs.31:1 (2008),39-45.
- 3 MYRIANTHEFS,P.[et al.]-The epidemiology of peripheral vein complications: evaluation of the efficiency of differing methods for the maintenance of catheter patency and thrombophlebitis prevention. J Ev Cli Pract.11:1 (2005),85-89.
- 4 RIVAS, D. [et al.]- Flebitis traumáticas. Cómo disminuir su incidencia. Rev Enf.27:9 (2004),42-46.
- 5 FERREIRA, L.; PEDREIRA, M.; DICCINI, S.?Flebite no pré e pós-operatório de pacientes neurocirúrgicos. Act Paul Enf. 20:1 (2007),30-36.
- 6 USLUSOY,E.; METE,S.-Predisposing factors to phlebitis in patients with peripheral intravenous catheters:a descriptive study. J Am Acad Nur Pract 20:4 (2008),172-180.
- 7 REGUEIRO POSE, M. [et al.]?Catéteres venosos periféricos. Incidencia de flebitis y sus factores determinantes. Rev Enf.28:10 (2005),21-28.
- 8 SAN MARTÍN R. L.; HENRÍQUEZ AZCONA, A.; TINA MAJUELO, P.- Comparación de un apósito transparente y otro de gasa. Mantenimiento de vías venosas. Rev Enf. 25:2 (2002),12-16.
- 9 BISPO E SILVA,A.; ZANETTI,M.-Curativo para fixação de cateter intravenoso periférico: revisão integrativa da literatura. Rev. Brás. Enf. 57: 2 (2004),233-236.
- 10 CARBALLO M.; LLINAS, M.; FEIJOO, M.-Flebitis en catéteres periféricos (II). Un estudio. R Enf. 27:9 (2004),34-38.
- 11 IDVALL,E. ;GUNNINGBERG,L.-Evidence for elective replacement of peripheral intravenous catheter to prevent thrombophlebitis:a systematic review. J Adv Nurs.55:6 (2006),715-722.
- 12 FUJITA,T. [et al.]-Normal saline flushing for maintenance of peripheral intravenous sites.J Clin Nurs.15:1(2006),103-104.
- 13 OLIVEIRA, F.; SILVA, L.-Uso da solução salina para manutenção de acessos venosos em adultos: uma revisão. Rev Bras Enf. 59:6 (2006),1-7.
- 14 LANBECK,P.; ODENHOLT,I.; PAULSEN,O.- Perception of risk factors for infusion phlebitis among Swedish nurses: a questionnaire study. J Infs Nur. 27:1 (2004),25-30.
- 15 BISWAS,J.-IV nursing care. Clinical audit documenting insertion date of peripheral intravenous cannulae. BJN.V.16, nº 5 (2007),281-283.
- 16 AHLQVIST,M. [et al.]-Handling of peripheral intravenous cannulae: effects of evidence-based clinical guidelines. J Clin Nur.15:11 (2006),1354-1361.

Mesa de comunicaciones 16: Salud materno-infantil**Concurrent session 16: Mother and children care****AUTORES/AUTHORS:**

María Estrella Santos Rubio, María Pilar Calvo del Valle

TÍTULO/TITLE:

PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO E INMIGRACIÓN EN ZONA BÁSICA DE SALUD RONDILLA II, VALLADOLID

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS:

El cáncer constituye el problema de salud mayor en todo el mundo, se presenta como una división incontrolada de células y generalmente es tratable cuando se hace un diagnóstico temprano.(1)

El cáncer de cérvix, es la segunda de las causas a escala mundial de mortalidad por tumores en mujeres. Se estima que la tasa ajustada por edad de mortalidad en la población mundial es de 8 por 100.000 mujeres, siendo para los países más desarrollados de un 4,08 por 100.000 y para los menos desarrollados de un 9,79 por 100.000. Las tasas de incidencia ajustadas por edad varían desde 10 por 100.000 mujeres en los países desarrollados a más de 40 por 100.000 en algunos países subdesarrollados. La máxima incidencia se presenta en áreas de América Latina (55 casos por 100.000 mujeres) y la menor en Israel (3 casos por 100.000 mujeres). (1,2,3,4,5,6,14)

Alrededor del 80 % de los casos se concentra en países de bajos ingresos, donde es el cáncer que padecen mayor número de mujeres, además, su incidencia en los últimos años está aumentando de forma gradual y cada vez se presenta en mujeres más jóvenes, debido principalmente a cambios en el estilo de vida, especialmente en el patrón de comportamiento sexual. (1, 3,7 ,8,9)

España es considerado un país con baja incidencia. Sin embargo, y a pesar de no poseer tasas elevadas como las de países africanos, no son datos despreciables y la mortalidad por cáncer de cuello uterino ha aumentado ligeramente en España en los últimos 30 años, llegando a representar el 14% del total de muertes por cáncer genital femenino y el 1,6% del total de muertes por cáncer en mujeres. (1, 10)

En Castilla y León hubo en el año 2005, 35 fallecimientos por cáncer de cuello uterino que representa una tasa de 2,67 muertes por 100.000 mujeres. Desde 1999 (Codificación con CIE-10ª rev.) aunque las cifras son similares se observa una tendencia ligeramente ascendente en los últimos años. En este periodo la mayor mortalidad se observa a partir de los 50 - 54 años y no se ha notificado ningún fallecimiento en mujeres menores de 30 años. (10)

La tasa bruta de mortalidad por 100.000 habitantes por tumor maligno de cuello de útero fue del 2,4 para Castilla y León en el año 2002, frente al 1,8 para el año 1981, tasa que a la par que la total para el país también ha sufrido un leve aumento en los últimos años. La tasa total se sitúa en 2,6 en 2002, y en 1,6 para el año 1981. (10)

La tasa de mortalidad por 100.000 habitantes según edad en España por tumor maligno de cuello de útero para el total de las edades es de 2,6. Este dato se conforma debido a una tasa de cero, inexistente para edades entre 1 y 24 años, y de 0,5 de 25 a 34 años; frente a tasas de 3,9 entre 45 y 64 años, de 5,1 para edades entre 65 y 74 años y hasta de 7,7 para la población con más de 75 años.(10,11)

Los mayores porcentajes de población inmigrante residente en nuestro país, comunidad autónoma y provincia son precisamente los situados en los rangos de edad más susceptibles mencionados.

En los últimos años la inmigración ha tenido un crecimiento exponencial en España. En Junio de 2004 había al menos 1.776.953 extranjeros con permisos de residencia en España. La inmigración desde países de alta prevalencia de cáncer de cérvix hacia otros más desarrollados podría afectar a la evolución de esta enfermedad en estos últimos. (11)

.En nuestra comunidad la evolución de población extranjera empadronada sigue el mismo patrón de crecimiento, observando una elevada concentración de residentes extranjeros en Castilla y León. (12)

La evolución de la población de nacionalidad extranjera empadronada en Valladolid ha crecido a un ritmo vertiginoso en los últimos años, pasando de un 0,15% en el año 1981 al 6,30% en el año 2008. Si nos referimos a distribución por sexos, en el caso de las mujeres el porcentaje es de 5,78% en el año 2008 frente al 0,25% en el año 1991.(13)

La distribución geográfica de la población inmigrante en nuestra ciudad es heterogénea. La zona básica de salud de Rondilla II tiene un total de 16.191 tarjetas sanitarias, de las cuales un 13% corresponden a población inmigrante, siendo una de las zonas de

Valladolid con mayor número de extranjeros El número total de mujeres inmigrantes empadronadas en la Rondilla sin distinción de país de origen es de 979, frente a los 1.131 varones.

Esto hace que la Zona Básica de Salud de Rondilla II sea el ámbito ideal para realizar nuestro estudio sobre la evolución y la incidencia del cáncer de cervix en relación con la evolución poblacional.

El objetivo de este estudio es conocer el impacto de la inmigración sobre el cribado de detección precoz de cáncer de cuello de útero, analizando los resultados de las citologías realizadas en las mujeres españolas y las inmigrantes que acceden a este servicio, en la Z.B.S. Rondilla II.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza un estudio no experimental descriptivo retrospectivo de todas las mujeres con relaciones sexuales con edades comprendidas entre 20y 65 años, a las que se les ha realizado citología en el Centro de Salud Rondilla II de Valladolid desde julio 2006 a septiembre 2008.

Las variables consideradas teniendo en cuenta los criterios del Programa de cribado de prevención y detección precoz de cáncer de cuello de útero de Castilla y León (19) son: edad en el momento de la realización de la citología, país de origen, resultado citológico (normal, alterado, no valorable), tipo de alteración (HPV, LSIL, HSIL, ASCUS, ASGUS, CIN I, CIN II, CIN III.).

Los datos se han obtenido de las historias informatizadas de atención primaria (MedoraCYL), así como de los registros específicos de la consulta de la matrona. Los datos estadísticos de la población inmigrante y autóctona proceden del Instituto Nacional de Estadística, del Padrón Municipal y del registro de tarjeta sanitaria de la Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Este.

El análisis estadístico describe las características de la población y los resultados citológicos con porcentajes, comparándose los datos entre mujeres inmigrantes y autóctonas. El análisis se realiza con el programa Excel 2007 del paquete informático Microsoft office, obteniendo porcentajes de resultados positivos para la citología en relación con población inmigrante y país de origen, porcentajes de tipos de alteración, porcentajes en relación con los grupos de edad.

RESULTADOS:

El total de mujeres a las que se les realizó el cribado de cáncer de cervix han sido 1394; de ellas 110 inmigrantes que representan el 7,83% y el 92,17% no inmigrantes. La población inmigrante, proviene de 20 países distintos y agrupadas según la proximidad geográfica de su procedencia, el grupo más numeroso corresponde a mujeres latinoamericanas (76,16%) procedentes de 10 países distintos: Ecuador (27,52%), Brasil (17,43%), Bolivia (7,34%), Perú (7,34%), Colombia (6,42%), Argentina (3,67%), Paraguay (2,75%), República Dominicana (2,75%), Nicaragua (0,92%) , Honduras (0,92%) y Chipre (0,92%).. Las mujeres procedentes de Europa del Este son originarias de Bulgaria (8,26%) y Rumania (3,67%). La procedencia de las inmigrantes africanas es: Marruecos (5,50%), Mozambique (0,92%) y Guinea (0,92%). El resto de mujeres son originarias de tres países de la Comunidad Económica Europea: Francia (1,83%) y Alemania (0,92%).

Del total de citologías realizadas, el 86,35% han sido normales, las alteradas representan el 4,31% del total de las realizadas, un porcentaje que es tres veces mayor que el de Castilla y León para el 2004: 1,43% (19) y han sido consideradas como no valorables el 9,34%.

El porcentaje de citologías alteradas de las mujeres inmigrantes es significativamente más alto 9,17% frente al 3,90% de la población no inmigrante, siendo negativas el 96,10% de las citologías de las mujeres españolas frente al 90,83% de las inmigrantes.

Del total de citologías realizadas el tipo de alteración encontrada han sido: HPV, LSII, CIN I (1,51%), ASCUS (2,37%), HSIL (0,22%), ASGUS (0,22%)

Los países de origen con mayor porcentaje de casos de citologías alteradas han sido: República Dominicana (33%), Brasil (21,05%), Rumanía (25%), Colombia (14,29%) Bulgaria (11,11%). Los tipos de alteración más frecuentes son ASCUS y LSIL, CIN I y lesiones compatibles con VPH.

El grupo de edad donde predominan las alteraciones en la población inmigrante es de los 30 a 50 años, mientras que en la población no inmigrante es de 50 a 60 años.

DISCUSIÓN:

La población de inmigrantes estudiada cuenta con mayores porcentajes de citologías alteradas. El grupo de edad que predomina en la población inmigrante está entre 30 y 50 años; esto coincide con el rango de edad en el que se diagnostican el mayor número de lesiones precancerosas (35-45años) y cancerosas (45-55 años) (1, 7,14), lo que hace que en la Z.B.S. Rondilla II se eleve el porcentaje de citologías alteradas tres veces por encima de la media para Castilla y León.

Son necesarios más estudios poblacionales, con muestras mayores de población inmigrante en otras zonas de salud, para poder comparar estos resultados y establecer relaciones entre las diferentes variables del estudio con mayor exactitud.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA:

Teniendo en cuenta que el número de mujeres inmigrantes en nuestra zona es elevado (9%) y que sus países de origen son endémicos para el cáncer de cuello de útero, se hace necesario estudiar y poner en marcha estrategias de captación dirigidas a esta población, siguiendo las recomendaciones de las distintas guías y manuales de atención al inmigrante (15,16,17) y realizar estudios relativos a los comportamientos sexuales y de salud sexual, considerando el país de procedencia, ya que hasta ahora, no se dispone de informaciones globales y fidedignas sobre las conductas sexuales, el uso de métodos anticonceptivos, ni la incidencia de infecciones de transmisión sexual. Esto resulta de interés, si tenemos en cuenta que el VPH se considera una ITS y la población de nuestro estudio proviene de países endémicos para el cáncer de cérvix.

Esta situación y las características de las mujeres inmigrantes, han de ser tenidas en cuenta en los esfuerzos por controlar el cáncer de cérvix.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Cáncer de cérvix. www.who.int/es/. Consultado en 11-2008.
2. Cáncer de Cuello de útero. Guías para la gestión integrada de procesos asistenciales relacionados con el cáncer: ? Proyecto Oncoguías ?. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad 2007
3. Cáncer de cérvix. www.cancer.gov Consultado en 11-2008.
4. Comprehensive cervical cancer control. A guide for essential practice. World health organization Geneva, Switzerland, 2006.
5. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. global cancer statistics, 2002. CA cancer J Clin 2005; 55:74-108.
6. Comino Delgado, Rafael. ?Prevención del cáncer de cérvix uterino?. Documentos de consenso SEGO 2006. Meditext. Mayo 2007.
7. Mortalidad, incidencia y supervivencia del cáncer de cérvix. www.todocancer.org. Consultado en 11-2008.
8. Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales (PNS-INE 2004). www.injuve.es. Consultado en 11-2008.
9. Talavera Silva, Sheila. ?Factores de riesgo asociados a lesiones precursoras del cáncer cervical en mujeres que asisten al centro de salud de Edgard Lang?. Universidad nacional autónoma de Nicaragua. Año 2005.
10. II Plan de salud, III plan de salud, Programa de prevención y detección precoz de cáncer de cuello de útero, Estrategia regional contra el cáncer. www.sanidad.jcyl.es. Consultado en noviembre de 2008.
11. Informe nacional de salud 2005. Encuesta nacional de inmigrantes 2007. Padrón de habitantes a fecha 1-7-2008. Disponible en www.ine.es. Consultado en noviembre de 2008.
12. Dirección general de estadística. Junta de Castilla y león. www.jcyl.es. Consultado en 11-2008.
13. Ayuntamiento de Valladolid. Evolución y características de la población de nacionalidad extranjera empadronada en Valladolid. I plan municipal para la integración de la población inmigrante: resumen

ejecutivo de resultados del observatorio municipal de inmigración 2006. Disponible en: [http:// www.ava.es](http://www.ava.es). Consultado en 11-2008.

14. Cabero Roura L. ?XV Congreso intensivo de formación continuada en Ginecología Oncológica y Patología Mamaria?. Ergon, S.A. 2008

15. Guía de atención sanitaria al inmigrante en Atención Primaria. Junta de Castilla y León. Sacyl, Valladolid 2004 Módulo IV; 53-58

16. Junta de Castilla y León. Plan Integral de Inmigración en Castilla y León 2005-2009: Junta de Castilla y León, Consejería de Presidencia.

17. Manual de atención Sanitaria a inmigrantes: guía para profesionales de la salud. Junta de Andalucía. Capítulo V: La salud y la mujer inmigrante. Consejería de Salud 2007.

AUTORES/AUTHORS:

M^º José Puialto-Durán, Carlos Salgado- Álvarez, Laura Moure-Fernández, Rosa Antolín-Rodríguez

TÍTULO/TITLE:

Conocimiento sobre los aspectos psicológicos y sociales del climaterio en una muestra de mujeres gallegas

Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos sobre los aspectos psicológicos y sociales asociados al climaterio que poseen las mujeres de 30-60 años del área sanitaria de Vigo

Metodología: Estudio descriptivo y transversal.

Para el cálculo del tamaño muestral, se consideró el peor de los supuestos, es decir, una proporción de (p=q=50), con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 0,05 seleccionando una muestra formada por 384 mujeres de entre 30-60 años pertenecientes al área sanitaria de Vigo. Aumentamos a 425 (un 10% más) para contrarrestar las posibles pérdidas.

La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario validado por García Padilla en los ítems referidos a los aspectos psicológicos y sociales del climaterio, dimensión 2, y con dos niveles de relevancia: nivel I (máxima relevancia) compuesto por tres preguntas dicotómicas y nivel II (relevancia media) con 11 preguntas dicotómicas. Para el análisis, al estar cada nivel representado por un número diferente de ítems en el test, se transformó la puntuación de las distintas preguntas en cada nivel a una escala de 0-10.

Las variables sociodemográficas estudiadas fueron: edad, estado civil y número de hijos.

Como criterios de inclusión utilizamos: la edad (entre 30-60 años), comprender la lengua castellana y/o gallega y que aceptara cumplimentar el cuestionario.

Como criterios de exclusión: que una vez hubiera comenzado a cubrir el cuestionario no deseara contestar alguna de las preguntas, o que no las comprendiera y, las que no hubieran cumplimentado la variable edad debido a su importancia para la investigación.

El cuestionario fue entregado para su autocumplimentación por las enfermeras de los Centros de Salud seleccionados al azar, hasta completar el total de la muestra, a las mujeres que se encontraban en la sala de espera, tanto por necesidad propia o como acompañantes de otras personas y que reunían los criterios de inclusión. Previamente se solicitó su colaboración y aceptación para participar en el estudio, garantizando en todo momento la confidencialidad de los datos.

El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS en su versión 14.0. Para el estudio de las variables utilizamos la media, desviación estándar e intervalo de confianza.

Resultados: De las encuestas entregadas se dieron por válidas 377 (88,70%). La media de edad fue de 45,99 con un intervalo confianza de 45,14 - 46,85 (SD 8,47).

Las mujeres consideradas preclimáticas - con edad comprendida entre 30-44 años - representaron un 43,8% (165) y las climáticas -con edad entre 45-60 años - un 56,2% (212).

Estaban casadas el 67,1%, vivían en pareja un 75,6%, solteras 16,4%(62), viudas 1,9%(7) y divorciadas 14,6%(55).

El 44,3% tenía dos hijos, el 19,6% un hijo, estando el intervalo entre 1,62-1,40 ($\mu = 1,50$ SD 1,07)

En las preguntas sobre conocimientos de los aspectos psicológicos y sociales del climaterio referidas al nivel I encontramos que la $\mu = 7,95$ IC = 7,70 - 8,19 destacando que el 96% (384) opinó que la mujer menopáusica no es una mujer incompleta. En el nivel II (relevancia media) compuesto por 11 preguntas, la $\mu = 6,32$ IC = 6,08 ? 6,56 encontrando que el 74,3% (280) piensa que muchas mujeres temen que la menopausia las haga menos atractivas sexualmente y el 48% (181) afirmó que la mayoría de las mujeres a partir de la menopausia se sienten más incomprendidas. El 76,1% (287) afirmó que hay mujeres que viven la desaparición definitiva de la regla como una liberación y el 66% (249) que muchas mujeres disfrutaban más de las relaciones sexuales a partir de la menopausia al desaparecer el riesgo de embarazo. Creen que nuestra sociedad considera a la mujer menopáusica algo neurótica el 60,7% (230) y el 73,7% (278) considera que el hecho de que en nuestro entorno se relacione la menopausia con la vejez hace que

se viva peor esta etapa.

Discusión: Aunque gran parte de la bibliografía consultada señala que un porcentaje de mujeres llega a la menopausia creyendo que lo más importante de su vida ya ha pasado y que el futuro presenta pocos alicientes, es significativo resaltar que en nuestra muestra la pregunta que obtuvo el mayor índice de respuesta correcta (96%) fue el de que ¿la mujer menopáusica no es una mujer incompleta?, así como que en las preguntas de máxima relevancia, la media de los conocimientos resultó más elevada que en las de relevancia media. Las mujeres entrevistadas mostraron un nivel medio de conocimientos sobre los aspectos psicológicos y sociales del climaterio, de acuerdo a la escala utilizada para su medición, lo que nos podría demostrar una buena aceptación de esta etapa, como una más en la vida de la mujer, como un obstáculo que hay que superar dentro del proceso vital. También aparece como muy positivo la mejora en las relaciones sexuales al no tener que emplear métodos anticonceptivos, lo que implica que para la mujer el sentirse libre del riesgo de embarazo, hace que disfrute más de su sexualidad.

La atención de la mujer centrada en un modelo holístico, y basado en el concepto de salud de la OMS, se caracteriza por una visión amplia, biológica y psicosocial, de los procesos que ocurren durante la transición climaterica. Por ello el primer paso es conocer objetivamente, cuales son los conocimientos que sobre este tema, tienen las mujeres en nuestra área de salud, para poder realizar una atención integral de calidad y enfocada a superar, especialmente, las debilidades que se detecten en las mujeres climatericas con el fin de diseñar intervenciones que partan de la población a quien va dirigida y que son inexistentes en estos momentos en nuestra comunidad, ya que aunque en el borrador del Plan Galicia 2006 figura como una de las prioridades la atención a las mujeres en la etapa del climaterio, éste solo plantea actuaciones de control y prevención como citologías y mamografías mientras que la literatura señala que las mujeres deben ser educadas durante esta etapa y que esta educación debe ser dinámica en los contenidos, ya que las necesidades a lo largo del periodo son muy distintas.

El personal de enfermería por su cercanía a la población y por su propia formación académica está capacitado y debe ser una pieza fundamental en la educación para la salud, por lo que consideramos necesario que en las consultas de AP se preocupen por el tema de la menopausia, realizando una evaluación integral a través de una consulta de enfermería individual para luego, según el perfil de la usuaria y las necesidades educativas detectadas, se puedan abordar algunos contenidos acerca de los cambios que se producen en esta etapa de forma grupal. Según algunos autores, el tiempo ideal para comenzar la intervención es alrededor de los 40 años. En la planificación de la educación es aconsejable tener en consideración las intervenciones de promoción de la salud particularmente entre las mujeres de 40-50 años, cuando los síntomas son más frecuentes. Los temas a tratar serían sobre la variedad de manifestaciones psicológicas, vasomotoras y de la esfera de la sexualidad así como del concepto de envejecimiento que la mujer tenga de sí misma y como la incorpora a su vida familiar y social.

La menopausia ha sido objeto de mitos y creencias, y víctima de temores y malentendidos durante muchos siglos. Esto trae consigo un desafío para el personal de enfermería: la necesidad de incrementar el número de investigaciones que nos permitan entender mejor esta etapa.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. WHO. Research on the menopause in the 1990s. Technical Report Series nº 888. Genève: World Health Organization; 1996.
2. Xunta de Galicia. Plan Integral de Atención á Saúde da Muller Galega. Borrador V.2. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade; 2006.
3. Gómez M C, Carmi K C, Espinosa F V, Sepúlveda B S, Lopez A F. Conocimiento que tienen sobre el climaterio mujeres entre 40-64 años usuarias de atención primaria. Rev Chil Obstet Ginecol. 2007;72(5):321-8.

4. Rivas Hidalgo AM. Menopausia: Promoción y prevención de la salud. NURE Inv [revista en Internet]. 2009 [citado 10 febrero 2009]; 6(38): [aprox 13 pant]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/menpro_prot_38.pdf.
5. Araya Gutierrez A, Urrutia Soto MT, Cabieses Valdes B. Climaterio y postmenopausia: aspectos educativos a considerar según la etapa del período. Ciencia y Enfermería. 2006;12:19-27.
6. García Padilla F, López Santos V, Toronjo Gómez A, Toscano Márquez T, Contreras Martín A. Valoración de conocimientos sobre el climaterio en mujeres andaluzas. Aten Primaria. 2000;26(7):476-81.
7. García Padilla F, López Santos M, Contreras Martín A, Toscano Márquez T, Toronjo Gómez A. Test de conocimientos sobre el climaterio: proceso de construcción y validación. Aten Primaria. 2000;26(7):472-5.
8. García Padilla FM, Toronjo Gómez AM, López Santos V, Contreras Martín A, Toscano Márquez T. Educación para la salud en el climaterio: un consenso sobre sus contenidos. Aten Primaria. 1997;20(10):536-42.

AUTORES/AUTHORS:

M^a Noelia García Hernández, M^a Elena Fraga Hernández, Sonia González-Casanova González, Ana Nazaret Yanes Pérez, Sonia Peirona Cotela, Irene Parrila Suárez, Carmen Manzanque Lara, M^a Candelaria Díaz Rodríguez, Justa Morales González

TÍTULO/TITLE:

INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICO: PROCESOS GASTROINTESTINALES

INTRODUCCIÓN: La gastroenteritis infecciosa es causa de importante morbilidad y mortalidad infantil. Existen altos niveles de evidencia en la edad pediátrica sobre el uso de soluciones de rehidratación oral (SRO) en los cuadros de vómitos y diarreas, situándolos como tratamiento de elección en los procesos de gastroenteritis aguda y cuadros de deshidratación leve a moderada. A pesar de que hay evidencias de que la combinación de la SRO y la introducción precoz de la alimentación adecuada a la edad evitan la deshidratación y acorta la duración de la diarrea, el CDC (2003) reconoce que el uso de las SRO es todavía insuficiente, a pesar de ser costo efectivo, porque los profesionales se resisten a incorporar tecnologías simples. En nuestro medio, aunque cada vez es de uso más común, aún no se utilizan como tratamiento y recomendación de elección por el 100% de los profesionales del área. Por otro lado una importante vía de contagio es a través del contacto con manos, objetos o utensilios contaminados. La mejor manera de prevenirla es la higiene de utensilios, y lavarse las manos adecuadamente después de salir del baño, el manejo de los pañales también hay que tenerlo en cuenta, para no producir nuevos contagios. Fallamos en explicar su importancia, lo que hace que los padres no lo valoren. La enfermera puede incluir en las intervenciones tanto clínicas como educativas el uso y fomento de las SRO y las medidas higiénico dietéticas.

OBJETIVO: Conocer si la intervención educativa de enfermería en los procesos por vómitos y diarrea, supone una mejora en el conocimiento de los cuidadores de la patología, mecanismo de transmisión y manejo de la misma en un servicio de urgencias pediátrico.

MÉTODO: Evaluación de conocimientos previos y tras intervención educativa, estudio cuasi-experimental antes y después, en niños de 0 a 14 años que acuden al Servicio de Urgencias Pediátrico (SUP) por diarrea con/sin vómitos, desde diciembre 07 a febrero 08. El área de influencia del SUP es mayoritariamente urbana y engloba un alto porcentaje de población del área de salud. Una vez conocido el motivo de consulta, la enfermera realiza una encuesta de conocimientos previos al acompañante del niño con preguntas abiertas y cerradas. Se recogen conjuntamente datos epidemiológicos del niño. Posteriormente se le suministra y explica folleto informativo haciendo especial hincapié en el uso de SRO para la deshidratación, alimentación y en las normas higiénicas que evitan la transmisión de la enfermedad, resolviendo posibles dudas. A los 3 meses se realizó encuesta telefónica con preguntas abiertas y cerradas, sobre los conocimientos adquiridos. Los datos se procesaron en el programa estadístico SPSS. Se analizaron en tablas de contingencia aplicando la prueba de McNemar y estadísticos de frecuencia.

RESULTADOS: El estudio abarcó 205 niños, con una media de edad de 3 años, el 50% eran menores de 2 años. El 56 % eran niños y el 44 % niñas. La madre, en un mayor porcentaje (80,4%), es la acompañante del niño, cuando es el padre quien lo trae no hay diferencias significativas respecto a la edad del niño. El 70% acudió directamente a SUP. De ellos, el 53% acudieron en el primer día de inicio de los síntomas y en el 81.4% era el primer caso en la familia. El 70% presentaba también vómitos. El 69 % tuvo episodios anteriores de diarreas y vómitos, estos niños habían recibido como tratamiento principal dieta (71.5%), y en relación a los líquidos un 42% dice haberle dado sueros. Sin embargo, la valoración que el profesional hace sobre la administración de SRO, es que no se ha dado de forma correcta en más de la mitad de los casos. Sólo al 24,4% se les había explicado el

mecanismo de transmisión. En la encuesta telefónica posterior, se encontraron diferencias significativas ($p < 0,001$) entre las personas que antes no habían recibido educación sanitaria sobre lavado de manos e higiene y que ahora consideran que es la mejor medida para evitar el contagio (29.8% frente 79,8%); también hay diferencias significativas entre los que no sabían que la mayoría de los casos de diarreas se producen por virus (24,6%) y que posteriormente están de acuerdo (73%); igualmente hay diferencias significativas entre aquellas que consideran en la actualidad que lo más importante en el tratamiento es el suero y es la mejor medida para evitar la deshidratación (41.5% antes, 87.8% después).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: La diferencia entre los conocimientos previos y posteriores a la intervención es importante, por lo que los resultados sugieren que la educación e información en el contexto de la demanda urgente es efectiva. Esta efectividad sería mayor y tendría más calado a nivel práctico si las recomendaciones y educación estuvieran reforzadas de forma homogénea por todos los profesionales (pediatras y enfermeras de Equipo de Atención Primaria y Servicios hospitalarios de referencia) para lo cual es imprescindible la coordinación entre niveles.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- ? Peña Quintana L, Ramos Varela JC, Rodríguez M. Terapia Nutricional de la diarrea aguda. Unidad de Gastroenterología y Nutrición Infantil. Hospital Materno-Infantil. Las Palmas. Canarias Pediátrica, Vol.24 - nº 1 - Enero-Abril, 2000.
- ? Penelope H, Dennehy MD. Transmission of rotavirus and other enteric pathogens in the home. *Pediatr Infect Dis J*, 2000;19:S103-5
Vol. 19, No. 10.
- Copyright © 2000 by Lippincott Williams & Wilkins, Inc. Printed in U.S.A.
- ? Centers for Disease Control and Prevention. Managing acute gastroenteritis among children: oral rehydration, maintenance, and nutritional therapy. *MMWR* 2003;52(No. RR-16).
- ? Miñana I. Vitoria. La diarrea aguda en el lactante y el escolar. *FMC* 2003; 10 (6):374-85
- ? Evidence-Based Care Guideline for Children with Acute Gastroenteritis (AGE) Guideline 5 Health Policy & Clinical Effectiveness Program. In children aged 2 months through 5 years. Original Publication Date: November 1999. Revision Publication Dates: April 2001, October 31, 2005. New search May, 2006 (see Development Process section).
- ? Marugán de Miguel Sanz JM, Fernández-Natal MI, Iglesias Blázquez C, Rodríguez Pollán H, Carballo Lázaro C, Rosón Varas M, Eiraarcilla A, Sánchez-Fauquier. Rotavirus G9 es la principal causa de diarrea aguda en niños ingresados menores de 5 años. *BOL PEDIATR* 2006; 46: 204-209.
- ? Patient / family education. Children's Hospitals and Clinics of Minnesota. 2525 Chicago Avenue South. Minneapolis, MN 55404
3/07 Copyright, Translated 7/07.
- ? Wyndham M. Gastroenteritis: children. *Community Practitioner*. 80(2):13, 2007 Feb.
- ? Hartling L, Bellemare S, Wiebe N, Russell K, Klassen TP, Craig W. Rehidratación oral versus intravenosa para el tratamiento de la deshidratación debida a la gastroenteritis en niños (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- ? Hahn S, Kim Y, Garner P. Solución de rehidratación oral de osmolaridad reducida para el tratamiento de la deshidratación por diarrea aguda en niños (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

AUTORES/AUTHORS:

M^a Ángeles González Fernández, Mar González Gallego, M^a José Ramos Carbajo, Alberto Pérez Morán, Rosa Álvarez Díez, Carmen García Valdés

TÍTULO/TITLE:

PATRONES DE ALIMENTACIÓN INFANTIL CON LECHE MATERNA EN UN ÁREA DE SALUD Y RELACIÓN CON FACTORES ASOCIADOS A LA MADRE

Objetivo

Analizar el patrón de alimentación con lactancia materna (LM) en la población infantil de 0 a 24 meses de edad de las Zonas Básicas de Salud Ponferrada II y Ponferrada III de nuestra Área de Salud El Bierzo, León, durante el período 2005-2008.

Para alcanzar este Objetivo debemos llegar a conocer:

Cuántos niños al nacimiento inician la toma de leche materna (LM) y durante cuánto tiempo la siguen tomando a lo largo de los dos primeros años de su vida. También conocer el porcentaje de niños para los que la leche materna es su único alimento durante los primeros seis meses.

Para completar este patrón de alimentación deseamos añadir a qué edad inician los niños la toma de leche de fórmula adaptada y cuándo comienzan la ingesta de otros alimentos distintos a la leche así como la edad de inicio en el consumo de leche de vaca.

La relación con factores asociados a la madre se estudia a través de determinadas características relativas al embarazo y al parto.

Se establecen los siguientes Objetivos Específicos:

- 1º Determinar el porcentaje de niños que inician al nacimiento su alimentación con leche materna.
- 2º Cuantificar la edad a la que inician la toma de leche adaptada.
- 3º Medir la duración de la lactancia materna exclusiva.
- 4º Determinar el porcentaje de niños alimentados con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.
- 5º Cuantificar el tiempo que los niños toman leche materna durante los dos primeros años de la vida.
- 6º Determinar a qué edad inician la toma de otros alimentos.
- 7º Cuantificar la edad a la que inician el consumo de leche de vaca.
- 8º Comparar los patrones de lactancia con variables asociadas a la madre, al embarazo y al parto.

Método**Sujetos de estudio**

Los sujetos de estudio son los niños menores de dos años pertenecientes a las Zonas Básicas de Salud de Ponferrada II y Ponferrada III del Área de Salud El Bierzo.

Criterios de inclusión: Niños nacidos desde el 1 de enero de 2005 al 30 de septiembre de 2006, usuarios de los Centros de Salud Ponferrada II y Ponferrada III, durante la realización del estudio alcancen la edad de 2 años, con revisiones periódicas registradas en su historia clínica.

Criterios de exclusión: Niños de madres que hayan tenido que renunciar a la lactancia materna como alimento por prescripción facultativa.

La estimación previa realizada de los niños incluidos nos informó de 672 sujetos.

Diseño

Estudio poblacional observacional transversal, descriptivo con componentes analíticos.

Ámbito de estudio

Todas las Unidades Básicas Asistenciales pediátricas en Atención Primaria de las Zonas de Salud Ponferrada II y Ponferrada III, en

total seis.

Variables

Variable dependiente: Tiempo que el niño se alimenta con leche materna exclusiva (variable cuantitativa continua medible en meses apreciando hasta un primer decimal y transformable, si es preciso para su manejo, en días).

Variables independientes: Características sociodemográficas, primi / multiparidad, parto vaginal / cesárea, nacimiento prematuro/ a término/ postérmino, la edad de inicio de leche adaptada, el tiempo total que los niños se alimentan con leche materna (exclusiva o no), la edad de inicio de alimentación complementaria y la edad de inicio de consumo de leche de vaca.

Variables de resultado: Inicio lactancia materna, lactancia materna exclusiva, lactancia materna total, inicio de leche adaptada, inicio de otros alimentos, inicio de leche de vaca.

Definición de las variables de resultado:

Inicio lactancia materna: Hecho que supone la toma de leche materna en algún momento tras el nacimiento. Es una variable cualitativa que admite dos categorías Sí o No.

Lactancia materna exclusiva (LME): Alimentación del lactante que consiste en tomar leche materna como único alimento.

Lactancia materna total (LMT): Consideramos la alimentación del niño que incluye leche materna bien sola o en combinación con otras leches y/o alimentos.

Inicio de leche adaptada: Momento de la vida del niño en el que comienza a tomar leche de fórmula adaptada.

Inicio de otros alimentos: Momento de la vida del niño en el que comienza a tomar alimentos distintos a leche.

Inicio de leche de vaca: Momento de la vida del niño en el que comienza a tomar leche de vaca.

Recogida de datos

La Fuente de datos es la Historia Clínica. En ella se exploran datos recogidos en las visitas de seguimiento del Programa del Niño Sano.

Se efectúa en una planilla diseñada por el equipo investigador, tras alcanzar el consenso sobre los datos necesarios a explorar, siguiendo unos criterios establecidos previamente, y validada como instrumento con una prueba piloto sobre los primeros treinta y cinco casos estudiados.

Es realizada por los investigadores, enfermeros miembros de los Equipos de las dos Zonas de Salud a estudio, obligados por el secreto profesional, garantizando la confidencialidad absoluta de los datos conforme a la Ley Orgánica 15/1999, Ley de Protección de datos de 3 de diciembre, respetando el Código Deontológico de Enfermería y los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki así como los requisitos de la Ley 14/2007 de 3 de julio de Investigación Biomédica.

Finalizada la extracción de datos de la fuente, éstos son codificados e introducidos en el fichero informatizado elaborado para su posterior tratamiento y análisis estadístico.

Terminado el trabajo de campo de la recogida de datos se han perdido 12 casos por falta de información relevante para el estudio.

El análisis de datos y los resultados obtenidos se presentarán sobre un total de 660 casos.

Para alguna de las variables hay un número de estadísticos perdidos por falta de información en la fuente sobre esa variable.

Análisis de datos

El manejo de la base de datos, procesamiento y análisis estadístico se realizó utilizando los programas SPSS (v.15.0) y MS Excel.

Se efectuó un análisis descriptivo univariable de cada una de las variables mediante distribuciones de frecuencias / porcentajes y un análisis bivariable de las variables de resultado con las asociadas a la madre relativas a la paridad, duración de la gestación y número de parto.

Resultados

Finalizado el estudio se han alcanzado todos los Objetivos planteados estando en condiciones de enunciar:

1º Porcentaje de niños que inician al nacimiento su alimentación con leche materna

Inician LM el 82.3% de los nacidos

2º Edad a la que inician la toma de leche adaptada

El 55% toma leche adaptada al mes y a los 6 meses el 84%

3º Duración de la Lactancia Materna Exclusiva

La media de LME es de 2.1 meses

4º Porcentaje de niños alimentados con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad

Mantienen LME al sexto mes el 11.3%

5º Tiempo que los niños toman leche materna durante los dos primeros años de la vida

La media de LMT es de 4.7 meses

6º Edad a la que inician la toma de otros alimentos

Inician toma de otros alimentos al 4º mes el 63%

7º Edad a la que inician el consumo de leche de vaca

Inician leche de vaca a los 12 meses el 50%

8º Relación hallada entre los patrones de lactancia: Inicio de lactancia materna, lactancia materna total y lactancia materna exclusiva con las variables asociadas a la madre: paridad (primípara o múltipara), duración de la gestación (embarazo a término, pretérmino o postérmino) y tipo de parto (vía vaginal o cesárea):

Inician LM 85.4% de primíparas y 80.7% de múltiparas; el mantenimiento a los 12 meses es superior en múltiparas, 14.9% frente al 10.1%. También la LME a los 6 meses, el 14.4% frente al 9.3% en primíparas.

Los nacidos a término inician LM el 84%. Los otros dos grupos el 77%

A los 6 meses mantienen lactancia materna el 32.7% de los nacidos a término y el 22% de los pretérmino.

LME a los 6 meses: 12.6% a término y 10.4% pretérmino

Los nacidos vía vaginal inician LM el 86% y por cesárea el 76.3%

Al 6º mes los porcentajes de mantenimiento de LME y LMT se igualan

Discusión

El porcentaje 11,3 de LME al sexto mes es un resultado que dista del recogido en la evaluación realizada desde el Servicio de Salud Autonómico, SACYL, mediante muestras con representatividad a nivel de cada Gerencia de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma, y que para la Gerencia de El Bierzo es 21,5%.

La media obtenida de 4,71 meses para la duración de la lactancia materna es sensiblemente superior a la publicada en el Informe Técnico del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría que estimaba para la provincia de León 2,89 meses en el año 1.999 lo que puede ser un indicio de tendencia favorable.

Tras el estudio concluimos que:

1. La mayoría de las madres optan por amamantar a sus hijos.
2. La situación con un 82,3% de nacidos que inician lactancia materna frente al 17,1 % que sólo toman leche de fórmula adaptada, se invierte en los hallazgos al sexto mes de vida en el que de los niños a estudio el 83,9% ya han iniciado la toma de leche de fórmula adaptada frente al 11,3 % que continúa la LME.
3. La introducción de otros alimentos tiene lugar a partir de los cuatro meses, a excepción de un 0,35% de los casos y el inicio de leche de vaca, salvo en el 1,5%, se produce cumplido el primer año de vida. Estos resultados muestran que se respetan dos de las recomendaciones realizadas en el marco del Programa del Niño Sano.
4. No podemos establecer una relación clara entre la condición de madre primípara o múltipara y el hecho del inicio de lactancia materna.
5. Parece que la condición de madre múltipara favorece la duración de LME una vez instaurada.

6. El hecho de que el parto acontezca a una edad gestacional completa parece favorecer el inicio de la lactancia materna así como su mantenimiento en el tiempo.
7. El parto mediante cesárea parece condicionar el inicio de lactancia materna, si bien no se hallan diferencias en el mantenimiento de la misma una vez establecida.
8. Los resultados obtenidos en el estudio para la duración de LME y lactancia materna total están muy alejados de los objetivos a conseguir marcados por la OMS.

Implicaciones para la práctica

A las Zonas Básicas de Salud Ponferrada II y Ponferrada III pertenece población de núcleo urbano y núcleos rurales con características socioculturales similares a las del resto de las Zonas del Área de Salud El Bierzo por lo que creemos que los resultados obtenidos son extensibles a todo el Área.

Disponemos, ahora, de un análisis de situación de la alimentación con lactancia materna referida al periodo 2005 a 2008. A partir de él podremos, tras futuras mediciones, conocer cómo evoluciona y si la tendencia es favorable para alcanzar las metas fijadas por los expertos en los foros internacionales.

En la Cartera de Servicios de SACYL para el indicador de resultado ¿porcentaje de niños con LME durante los seis primeros meses de vida? del Servicio 102. Revisión del Niño Sano de 0 a 23 meses, se ha fijado el 15% como estándar a alcanzar en 2009, lo que exigirá introducir nuevas acciones.

Se identifican oportunidades de mejora. Es necesario establecer medidas de encaminadas a conseguir que aumente el número de madres que amamantan a sus hijos y sobre todo que aquellas que deciden hacerlo puedan mantener la lactancia durante el mayor tiempo posible:

Limitar el número de partos por cesárea a los estrictamente necesarios siguiendo las mejores prácticas clínicas, realizar un seguimiento correcto a la mujer durante el embarazo que favorezca la presentación del parto tras una gestación a término e intensificar el acompañamiento a la madre durante los primeros meses de la lactancia para evitar abandonos por déficit de cuidados hacia ella, son medidas que, junto a una educación maternal adecuada, favorecerán el logro de objetivos.

Desde nuestra responsabilidad con la comunidad deberemos aportar las acciones encaminadas a la adopción de estas medidas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- ? Aguilar Cordero M^ªJ. ?Lactancia Materna?. Ed. Elsevier, 2005.
- ? Barriuso L, Sánchez F, Romero C et al. ?Epidemiología de la lactancia materna en el centro-norte de España?. Anales Españoles de Pediatría 1999; 50(3):237-243.
- ? Barriuso L. "Lactancia Materna en Navarra". Anales sistema sanitario Navarra 2002; 25 (29):17-23.
- ? Bruch Crespiera M. "Prevalencia y factores que se asocian al inicio y duración de la lactancia materna en el área rural del Ilucanés, Osona (Barcelona)". Enfermería clínica 200;1(2):45-50.
- ? Burgués M. ?Lactancia materna. Condicionantes?. Rev. Rol Enferm 2003; 26(5):405-408.
- ? Duran R, Villages C, Sobrado L. ?Factores psicosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna?. Rev Cub pediatr. 1999; 71(2):72-79.
- ? Hostalot A, Sorní A, Jovaní L et al. ?Lactancia materna en el sur de Cataluña. Estudio de los factores socioculturales y sanitarios que influyen en su elección y mantenimiento?. An. esp. pediatr. 2001; 54(3):297-302.
- ? Labordena C, Nacher A, Sanantonio F et al. ?Centros de atención primaria y lactancia materna?. An. esp. pediatr. 2001; 55(3):225-229.

- ? Leonelo B. ?Duración de la lactancia materna en la República Dominicana?. Rev Panam de Salud Pública 1997; 1(2):104-111.
- ? Leonelo B. ?Factores asociados al inicio de la lactancia materna en mujeres dominicanas?. Rev Panam de Salud Pública 1997; 1(3):200-207.
- ? Manual de Cartera de Servicios en Atención Primaria. Sacyl. 2008. Gerencia Regional de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Dirección Técnica de Atención Primaria.
- ? Pérez R, Dewey G. ?Epidemiología de la lactancia materna en zonas rurales y urbanas de México?. Boletín OPS 1993; 114(5):399-406.
- ? Recomendaciones de la OMS. Informe de recomendaciones en alimentación. Informe FAO.
- ? Suárez Gil P. "Prevalencia y duración de la lactancia materna en Asturias". Gaceta sanitaria 2000; 15(2):104-110.
- ? Urtasun Noguera E. "Estudio epidemiológico de la lactancia materna en Soria". Acta Pediatría España 2002; 60(1):25-31.
- ? Valdes R, Seisedos A, Reyes D et al. ?Prevalencia y duración de la lactancia materna: seguimiento de 1.483 niños hasta un año de edad?. Rev Cub pediatr. 1989; 61(5):633-642.
- ? World Health Organization (WHO). Nutrition home. Disponible en: <http://www.who.int/nutrition/en/> (entrada 28-04-2008).
- ? Asociación Española de Pediatría. ?Manual de Lactancia Materna?. Ed.M. Panamericana, 2008

AUTORES/AUTHORS:

ROSA M^a PIÑEIRO ALBERO, MIGUEL RICHART MARTINEZ, ANTONIO PABLO VELANDRINO NICOLAS, RICARDO GARCIA DE LEON GONZALEZ, ANTONIO OLIVER ROIG

TÍTULO/TITLE:

ADAPTACION AL CASTELLANO DE LA ESCALA DE AUTOEFICACIA PRENATAL: PBFES. VERSION INICIAL

OBJETIVO: Dentro del proyecto de lactancia HQTQ-1 del H.V.del Castillo de Yecla, una línea de investigación es la de preparar instrumentos para la evaluación de ciertos aspectos del comportamiento de las madres lactantes. La Maternal Breast-feeding Evaluation Scale (MBFES) es un instrumento aceptado internacionalmente del que no existe una versión en español. Ante esta necesidad hemos iniciado un proceso para adaptarla siguiendo los estándares de traducción y validación de instrumentos de medida psico-sociales. Presentamos la validación inicial, tras el proceso de traducción y retrotraducción y los resultados obtenidos en una muestra piloto compuesta por 49 mujeres lactantes en un centro de salud de la provincia de Alicante. **MÉTODO:** El diseño seguido se desarrolló en dos etapas. En la primera se empleó los procedimientos estandarizados para la traducción-retrotraducción lingüística (Guillemin et al., 1993). En la segunda se procedió a la administración de los cuestionarios a una muestra reducida y no probabilística de madres cuya participación fue voluntaria (De Leeuw, 2008). La muestra estuvo compuesta por 49 madres lactantes con edades comprendidas entre 18 y 41 años (media de 27 años) que aceptaron participar de forma voluntaria y anónima. La Escala de Satisfacción Materna con la Lactancia (Maternal Breast Feeding Evaluation Scale, MBFES), está compuesta por 30 ítems cuya finalidad es evaluar los diversos aspectos que condicionan la percepción de la madre con respecto al éxito de la lactancia materna (LM) El formato de respuesta es tipo likert de 5 opciones (1 - totalmente en desacuerdo- hasta 5 -totalmente de acuerdo-). Es una escala sumativa cuya puntuación es la suma de los 30 ítems, lo que proporciona un rango de valores de 30 a 150, y que se interpreta de modo que a mayor puntuación mayor es la satisfacción con la experiencia de la lactancia materna. Los datos obtenidos fueron analizados para estudiar las propiedades psicométricas de la escala (Crocker & Algina, 1986; Streiner & Norman, 2003). **RESULTADOS:** No todos muestran correlaciones importantes con la escala total, en concreto los ítems 3, 14, 22 y el 27. El resto sí mostraron una contribución nítida a la escala. La consistencia interna de la escala fue media con el habitual alpha de Cronbach que arrojó un valor de $\alpha = 0,85$. Siendo este un nivel de fiabilidad alto. La validez de contenido está verificada en la escala original (Leff, Jerfferis & Gagne, 1994). Respecto a la validez de constructo el resultado del análisis factorial exploratorio (con rotación Varimax) no mostró una estructura del todo similar a la de los autores que propusieron tres factores principales. En nuestros resultados los ítems que no se ajustan a esta estructura factorial original son el 3, 10, 14, 17 y 24. Esta relativa discrepancia puede ser debida al pequeño tamaño de la muestra, ya que esta técnica de análisis exige al menos 10 sujetos por ítem (Nunnally, 1987). **CONCLUSIONES:** Se ha conseguido una adaptación lingüística satisfactoria de la MBFES, tras seguir escrupulosamente la normativa al respecto, y comprobar que la comprensión de los ítems no presentó ningún problema, como manifestó la entrevista realizada a las participantes tras contestar el cuestionario. Las propiedades psicométricas no han ofrecido los resultados deseables, excepto la fiabilidad (que sí arrojó valores adecuados), lo que atribuimos al reducido tamaño de la muestra. La versión definitiva de la escala podrá ser elaborada cuando se obtengan los datos definitivos con un tamaño muestral pertinente. La escala MBFES adaptada al castellano permitirá disponer de una herramienta apta para la evaluación de la satisfacción materna. Lo que es fundamental para diseñar líneas de intervención con aquellas madres que evidencien dificultades con su proceso maternal.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, Eidelman AI. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115(2):496-506.
- 2.World Health Organization. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva, Switzerland: World Health Organization,

- 2003.
3. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR; Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. *Public Health Nutr.* 2005 Feb;8(1):39-46.
 4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2006. Disponible <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaIndice2006.htm>
 5. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. *An Esp Pediatr* 1999; 50: 333-340.
 6. Proyecto de la UE sobre la Promoción de la Lactancia Materna en Europa. Protección, promoción y apoyo de la Lactancia en Europa: plan estratégico para la acción. Comisión Europea. Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos, Luxemburgo, 2004. Disponible en: http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm
 7. Scott, J.A., Binns, C.W., Oddy, W.H., Graham, K.I. (2006). Predictors of Breastfeeding Duration: Evidence From a Cohort Study. *Pediatrics*, 117, e646.
 8. Nunnally (1987). *Teoría psicométrica*. Trillas: México.
 9. Muñiz, J. y Hambleton, R.K. (1996). Directrices para la traducción y adaptación de los tests. *Papeles del Psicólogo*, 66.
 10. Hernández Aguilar MT, Muñoz Guillén A, Lasarte Velillas JJ, García Vera C, Díaz Maríjuan C, Martín Calama J. La lactancia materna en la Comunidad Valenciana. Análisis multivariante de una encuesta a 6.400 lactantes. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2004; 6: 19-37
 11. Leff EW, Jefferis SC, Gagne MP. The development of the maternal breastfeeding evaluation scale. *Journal of Human Lactation*; 10 (2):105-111.
 12. Guillemin, F., Bombardier, C. and Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed Guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46, 1417-1432
 13. De Leeuw, E.D. (2005). *New Technologies in data collection, questionnaire design and quality*. Vitoria: Instituto Vasco de Estadística (EUSTAT).

Mesa de comunicaciones 17: Profesión / Gestión**Concurrent session 17: Nursing profession / Management****AUTORES/AUTHORS:**

Solanger Hernández Méndez, Antonio Gris Peñalver, José Robles Brabezo, Jesús Jimenez Murcia, Andrés Soto Martinez

TÍTULO/TITLE:

CALIDAD PERCIBIDA POR LOS USUARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

OBJETIVOS

GENERAL: Analizar resultados de las encuestas de calidad percibida y satisfacción en todas sus dimensiones, enviadas a los usuarios de Atención Primaria, y su relación con el desempeño del personal de enfermería en el Área III de Salud Lorca.

ESPECÍFICOS: 1. Determinar en las dimensiones de la calidad: accesibilidad, calidad científico-técnica, infraestructura, organización, tiempos de espera y trato, los resultados relacionados con el desempeño del personal de enfermería. 2 Identificar los puntos fuertes en el desempeño del personal de enfermería de AP.3 Identificar las áreas de mejora en el desempeño del personal de enfermería.4 Sugerir estrategias de acción en las áreas de mejora identificadas.

METODOLOGÍA

POBLACIÓN: Pacientes mayores de 14 años atendidos en los Centros de salud del Área III del Servicio Murciano de Salud año 2008.

DISEÑO: Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal.

MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO: Se remitieron 1600 cuestionarios, donde se solicitaba la opinión sobre la asistencia recibida en AP. La fuente de datos fue facilitada por la subdirección General de Tecnologías de la Información del SMS de los usuarios atendido. Se recibieron 399 encuestas debidamente cumplimentadas y que cumplían los criterios de inclusión, lo cual significo el 24,9% de tasa de respuesta. En números absolutos fueron enviados unos 200 cuestionarios a cada centro de salud del área, obteniéndose un índice de respuesta máximo de 31.5% y mínimo de 18,5%.

INSTRUMENTO DE MEDIDA Y RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN: Se analizaron los informes de resultados del cuestionario EMCA de Valoración de Calidad Percibida y Satisfacción en AP de Salud, elaborados por la Subdirección General de Calidad Asistencial.

ANÁLISIS Y RESULTADOS**DIMENSION ACCESIBILIDAD:**

% de pacientes que tuvieron dificultad para conseguir cita por teléfono: Se encuentran cumplimientos por debajo del 80% en todos los centros a excepción de La Paca que esta en un 90%. Siendo la media de la Gerencia de los que no tuvieron dificultad del 37,7%.

OM: Iniciar la derivación de la solicitud de citas por el 902.

% de pacientes con problemas para obtener cita: El mayor problema se refiere a que el teléfono comunica constantemente, siendo el mayor porcentaje de esta situación en LS y AS con 80% y 76,9% respectivamente, el menor valor es de SD con 34,6%. OM: Colocación de un contestador.

% de usuarios a los que le ofrecen las recetas de medicinas que necesita por su enfermedad crónica sin tener cita con su medico. Los usuarios manifiestan que Siempre, casi siempre o a veces se las ofrecen en un 40,7%. Estando por debajo de la media de la Región 59.2%. El CS con mayor porcentaje es AS con 73,8% seguida de LP con 69,2% y el menor 26.2% en Totana. OM.

% de usuarios que manifiestan que sucedió en la atención a domicilio del personal de enfermería. El 89,6% han venido sin problemas, siendo los mejor valorados AN, LC y TOTANA con el 100% y el menor valor para PL 62,5%. Comparando con el SMS 83.5% identificamos que estamos por encima de este valor. Se menciona que PL obtuvo el 37, % en que acuden pero poniendo pegas seguido de SD 28,6%.

DIMENSION CALIDAD CIENTIFICO TECNICA

%Pacientes que opinan que el personal administrativo puso interés en ayudarles, siempre o casi siempre, cuando tuvieron que resolver algún trámite o problema administrativo. El mayor cumplimiento de este indicador lo tiene LP con un 91,3% y el menor SD con al 51,4%. Manifestaron que siempre o casi siempre les ayudaban. La media del área esta en un 65,3% quedando un 34,7% de usuarios que manifestaron como a veces, casi nunca o nunca les ayudaron.

% de pacientes que manifiesta cuando le vendría mejor acudir a la consulta de su medico de familia. En el área la media de los pacientes que prefieren acudir por la mañana es de 46,6%, por la tarde del 23,9% y turno deslizante 9,8% dándole igual al 19,7% de

los usuarios. Siendo la menor preferencia el turno deslizante en LC con un 5,4% y la mayor preferencia en SD con 10,8%. El mayor valor para las mañanas es de 62,2 % en SD y el menor Totana con 35,6%. El turno tardes la mayor preferencia la tiene LC con 32,4% y la menor PL con 6,6%.

% usuarios que cree que en las visitas que ha realizado a enfermería, le ha dedicado el tiempo que necesitaba. El 87,8 % de los usuarios manifiesta que siempre o casi siempre le dedicaban tiempo suficiente, siendo el mayor % en AS 95,7%, y el menor en AN con 81,6%. La media del SMS se encuentra en 90%. OM.

% de usuarios que le tienen confianza a la enfermera para contarle todo lo que quiere decir: El mayor valor en LP con 90,7% y el menor SD 73,1%, siendo la media del área del 79,5% y el del SMS 83,3%. OM.

% de usuarios que cuando la enfermera le atiende, tiene confianza en que sabe lo que tiene que hacerle. Como valor medio del área los usuarios manifiestan en un 84,5% que siempre o casi siempre le tienen confianza. OM Siendo un buen valor, un AM sería la libre elección del personal de enfermería por parte del usuario.

% de usuarios que creen que su enfermera se preocupa por aclararle todas las dudas sobre su enfermedad: Los usuarios que manifiestan que siempre o casi siempre esto ocurre es del 76,5%, Siendo AS el CS con mayor valor con un 83,3% y el menor para PL con el 71,2%. La media del SMS es de 78,9%.OM.

% de usuarios que creen que su CS le realiza actividades preventivas (vacunaciones, citologías, toma de tensión, análisis de azúcar, colesterol, charlas informativas) para evitar enfermedades. En general, el 72,4% de los usuarios refiere que sí, siendo el mayor % en LP con 91,1% e el menor el 66,7% para AN y Totana, siendo el valor del SMS 74,4%. OM.

% de pacientes que manifiestan padecer una enfermedad crónica: El 74,6% de los usuarios manifiestan que SI padecen un enfermedad crónica estando por encima de la media del SMS que es del 73,2%

% de pacientes que señalan donde acudieron para que le atendieran de forma urgente la última vez: En toda el área el mayor % acudió mayormente al centro de salud en 42,7% seguido de Hospital en un 34,4% y donde menos acudieron fue a los SUAP en un 22,7%. Comparándolo con resultados regionales encontramos que los usuarios acuden en mayor proporción al Hospital con un 44,2% seguido del CS con un 36,6% y por ultimo a los SUAP con un 17,8%. Al CS al que en estos casos más acuden los usuarios en AN con 64,9% seguido de LP 63,2% y al que menos acuden LS 20, % y LC 22,2%, siendo estos últimos los que más acuden al Hospital con un 62,9 y 51,9% respectivamente.

% de usuarios que dicen como valoran la atención recibida la última vez que recibió atención urgente en su centro de salud: En el área 88,8% de los usuarios la valoran como muy buena o buena, siendo LC y LS los de mayor valoración con un 100% y el de menor 69,0% PL. El valor regional se sitúa en un 84%.

% de usuarios que califican la atención domiciliaria recibida por el personal de enfermería: El 84,4% dice que es buena o muy buena en toda el área, siendo en AN, LC valorados así al 100% y SD el menor valorado por un 57,1% de los usuarios. La media del SMS es de 85.5%.

% de usuarios que valoran la profesionalidad del personal de enfermería de su CS: El 80,9% de los usuarios valoran como muy buena o buena la profesionalidad, siendo el personal de LP el personal mayor valorado con el 90,7% y el menor AN con el 73,3%.

DIMENSION INFRAESTRUCTURA

% de usuarios que dicen como estaban las condiciones de su centro de salud: El mayor % que manifestaron que había algunos desperfectos esta en LC y SD con 58,3% y el menor LP con 11,1%. Siendo la media de la Gerencia el 48,6% y del SMS 44,4%.

% de impresiones de usuarios sobre las condiciones del centro: El ruido fue considerado el mayor problema con el 19, 5%, la falta de carteles y señalizadores con el 15,7% y sitio pequeño 12,8%. El menor valor en general de un 2,4% para si estaba sucio. OM: Mas ajuste entre el tiempo de espera y la hora de la cita y revisar y elaborar carteleria informativa.

DIMENSION TIEMPO DE ESPERA

% De pacientes que manifiestan que la ultima vez que acudieron a la consulta de enfermería le atendieron a la hora que estaba citado: El 72,7% manifiesta que le atendieron a la hora que estaba citado; es un buen valor aunque esta por debajo en 2,3% de la

media del SMS 74,4%.OM: Implantación de agendas por cupo de enfermería.

% de usuarios que manifiestan cuanto tiempo tuvieron que esperar para entrar desde la hora en que estaba citado: El 92,0% de pacientes refirieron que esperaron muy poco, poco o regular siendo los usuarios de Totana los que más esperan con un 11,8% seguidamente de AS con 11,1%. Los que menos esperan son los usuarios de LP que no espera ninguno 0,0% seguidos de LC con 3,8%.

% de usuarios que en caso de que su MF le haya solicitado análisis, cuanto tiempo tuvieron que esperar desde que le pidieron la prueba, hasta que le informaron de los resultados: En este caso el 50,9% de los usuarios manifiesta esperar poco o muy poco estando por debajo del SMS que es del 59,6%. Siendo Totana el CS donde esta el mayor porcentaje de pacientes que dicen esperar regular, mucho o muchísimo 59,2% y el menor SD 39,4%. OM.

DIMENSION INFORMACION

% De usuarios que cree que el personal (médicos, enfermeros) de su centro de salud le dio información diferente o contradictoria de su problema de salud: El 92,1 % manifiesta que no se le dio información contradictoria. La media del SMS es de 92%.

DIMENSION TRATO

% de usuarios que sienten que el trato que recibe es peor que el de otros pacientes: En general la media del área se encuentra en 95,6% por encima del SMS 94,6%. El mayor % de respuestas que manifiestan SI es en AN con un 11,1%.

% de usuarios que manifiestan el motivo por el que cree que recibe un trato peor que el de otros pacientes en su centro: La edad 38% seguido de la nacionalidad con un 34% los motivos mas manifestados en general en el área.

% de usuarios que califican el trato que recibe de parte del personal de enfermería en su CS: El 86,4% de los usuarios valoran el trato como muy bueno o bueno, siendo la media regional de 85,5%. El mayor valorado LC con 90,6% y LS 89,4%, el menor es PL con 78,9%.

DIMENSION GLOBAL SATISFACCIÓN

% de usuarios que califican de forma global su satisfacción con el CS: De forma general el 5,2% de los usuarios califican entre 0-4 su satisfacción, entre 5-6 el 26,8%, entre 7-8 el 44%, y entre 9-10 24%. El mayor porcentaje de usuarios que valoran el centro entre 9 y 10 es en LP con un 44,4%, entre 7-8 SD 48,6%, LC con un 29,4% y PL el 11,5% entre 0-4.

% de usuarios que identifican oportunidades de mejora: El 36,3 % identifica la organización como oportunidad de mejora seguida de la cantidad de personal con el 13,28%.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

xx

AUTORES/AUTHORS:

M^ªIsabel Bernal Gómez, Antonio Navarro Adán

TÍTULO/TITLE:

¿El servicio de extracciones del Centro de Salud es motivo de satisfacción?

OBJETIVO

Valorar la satisfacción de los usuarios del servicio de extracciones de un centro de salud de la periferia de Madrid y los factores asociados a la misma.

PALABRAS CLAVE

-Laboratorio de extracciones. Espacio físico concebido y dotado para la realización habitual de extracciones de sangre y toma de otras muestras biológicas.

-Satisfacción. El grado por el cual el individuo considera el servicio o producto de salud o la manera por la cual este es ejecutado por el proveedor siendo útil, efectivo o que trae beneficio. Definida como el resultado de la comparación que realiza el sujeto entre sus expectativas sobre los resultados y los resultados que obtiene.

-Extracción de sangre venosa. Procedimiento invasivo por el que a través de un acceso venoso periférico se obtiene una muestra de sangre para su análisis posterior.

-Venopunción. Procedimiento por el que se accede a la luz interior de un vaso sanguíneo venoso a través de una aguja conectada a jeringuilla o cualquier otro dispositivo diseñado para este fin.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo realizado en un Centro de salud de la periferia de Madrid en el que durante cuatro semanas consecutivas, de octubre a noviembre de 2008, se recogieron datos acerca de la satisfacción de los usuarios mediante encuesta anónima de elaboración propia adaptada de la encuesta de Satisfacción 2008 de la consejería de sanidad de Madrid. Autocumplimentada por los usuarios del servicio de extracciones al final de la realización de la prueba y que ellos mismos depositaban en una urna colocada para este fin a la salida del laboratorio.

Durante el tiempo que duró el estudio fueron citados 902 pacientes de los que 637 usuarios cumplían criterios de inclusión, un 70,6% del total de los citados, se excluyeron 265, un 29,37% del total. De los 637 usuarios que cumplían criterios de inclusión, 478, un 75 %, participaron en el estudio cumplimentando las encuestas que se les entregó.

La selección de la muestra se realizó de forma aleatoria entre todos los usuarios del servicio de extracciones que durante las cuatro semanas que duró el estudio, acudieron al centro para someterse a una extracción de sangre. Se excluyeron menores de edad, los que desconocían el idioma, analfabetos y aquellos usuarios con alteraciones mentales graves. El tamaño de la muestra fue $n = 478$. Tuvimos 18 pérdidas que no fueron significativas alcanzando una potencia del 97% para un IC del 95%.

Variables: sociodemográficas, comodidad de la sala de espera, eficacia del personal de enfermería y amabilidad del mismo.

Información recibida, tiempo de demora en ser atendido, protección de la intimidad y satisfacción global obtenida por el usuario.

Se construyó una base de datos en el programa SPSS 13.0 y se procedió al análisis estadístico mediante chi-cuadrado de variables cualitativas, t de student y anova para variables cuantitativas (pruebas no paramétricas si se precisaba) y análisis multivariante como

modelo global.

La selección del personal de enfermería que realizó el procedimiento de extracción de sangre, se hizo al azar entre todo el personal de mañana y fue siempre el mismo durante las cuatro semanas que duró el estudio.

Los recursos materiales necesarios (material de oficina, hojas de registro, programas de tto de datos, etc.) se obtuvieron del propio centro de salud.

Los días 1, 2 y 8, 9 de octubre de 2008, se realizó un pilotaje del estudio para evidenciar puntos débiles de diseño.

Para la realización de este estudio contamos en mayor o menor medida con el apoyo, la ayuda y el trabajo de la práctica totalidad de los miembros del Equipo de de Atención Primaria.

Este trabajo es una de las vertientes de un estudio más amplio en el que se desarrollaron dos aspectos distintos; por una parte la satisfacción (objeto del presente análisis) y por otra la ansiedad de los usuarios del servicio de extracciones del centro de salud. Esto supuso una de las mayores dificultades ya que a los participantes en el estudio se les entregó un total de cinco documentos, de los que tres eran encuestas a cumplimentar. Esto nos hizo temer que el grado de participación disminuyera de manera significativa.

Otra de las dificultades en el desarrollo de este trabajo lo constituyó el alto número de profesionales implicados. Un grupo de más de 40 personas de distintas categorías profesionales intervinieron en la puesta en marcha y desarrollo del presente estudio. Las tareas de información, coordinación y supervisión resultaron más complejas de lo esperado en un principio, a pesar del alto grado de colaboración de todos los profesionales del centro.

El algoritmo de recogida de datos comenzaba con la captación del usuario en el momento en el que se formulaba la solicitud de extracción de sangre en la consulta médica o de enfermería. Se le informaba acerca de la puesta en marcha del estudio y ofertaba la posibilidad de participar en el mismo, si cumplía criterios de inclusión. Cuando acudía al mostrador de citaciones se le volvía a informar acerca del estudio y se entregaba la documentación grapada, (hoja informativa y consentimiento informado) junto con su ticket de citación donde aparecía día, hora y lugar. El día que acudía para realizarse la extracción recogíamos la hoja de consentimiento, una vez realizada la prueba, se le entregaba la encuesta de satisfacción para su cumplimentación depositándola el usuario en una urna para su posterior recogida. La captación de los usuarios comenzó dos semanas antes del inicio del estudio piloto y desde ese momento y durante el tiempo que duró el estudio se publicitó con carteles informativos por todo el centro de salud.

RESULTADOS

La participación fue de un 72,1 %, con un total de 460 encuestas válidas. El 60,7% fueron mujeres y el 39,3% hombres.

La edad media global fue de 44,76 años, y el rango etario estuvo entre los 18 y 88 años.

¿EL LUGAR DE ESPERA HA SIDO COMODO Y CONFORTABLE?

El 35,3% de los usuarios opinó que el lugar de espera no les parecía especialmente cómodo o confortable frente al 64,7% que si lo consideraron cómodo y confortable.

De este 64,7%, el 59,5%, estuvieron satisfechos con la información recibida, el 64,3% estuvieron de acuerdo con que el personal de enfermería que les atendió había sido eficaz, el 64,7% que había sido amable ($p=0,001$) y el 57,7% sintió protegida su intimidad.

¿EL PERSONAL DE ENFERMERÍA HA SIDO EFICAZ?

El 96,3% de los pacientes estuvieron de acuerdo en que el personal de enfermería había sido eficaz, frente al 3,7% restante que

opinó lo contrario.

De este 96,3%, el 79,1% sintió protegida su intimidad y el 95,8% opinó que el personal que les atendió fue amable.

¿LE HAN EXPLICADO TODO LO QUE QUERÍA SABER?

Un 92,2 % de los participantes en el estudio manifestaron que sí se les había explicado todo lo que querían saber. El 7,8% restante opinó lo contrario. El porcentaje es 5 puntos inferior a la satisfacción global obtenida en otros aspectos estudiados

De este 92,2%, opinó que el personal había sido eficaz el 90,3%, amable el 91,9 %, y consideraron protegida su intimidad el 76,8%

¿EL PERSONAL QUE LE HA ATENDIDO HA SIDO AMABLE?

Prácticamente la totalidad, un 98% opinó que el personal de enfermería que les atendió había sido amable. De estos, el 91,9% opinó que se les había explicado todo lo que querían saber y un 80,5% sintió protegida su intimidad.

Todas las variables tienen asociación estadística entre si y con la variable satisfacción resultado $p=0'000$. No hemos encontrado significación estadística entre edad, sexo y el resto de las variables estudiadas.

¿HA TENIDO QUE ESPERAR POCO DESDE LA HORA DE CITA HASTA SER ATENDIDO?

Un 14,4% de los encuestados opinó que se había tardado bastante o mucho tiempo en atenderles frente a un 77% que consideró poco el tiempo de demora.

¿HA SENTIDO PROTEGIDA SU INTIMIDAD?

El 81,8% de los participantes en el estudio contestó estar satisfecho o muy satisfecho con este aspecto de la atención.

¿ESTÁ SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE HA RECIBIDO?

El 95% de los usuarios atendidos dicen estar satisfechos o muy satisfechos con la atención recibida, mientras que el 5% restante opinan lo contrario.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio hay un 20% mas de mujeres que de hombres siendo éstas 5 años mas jóvenes, creemos que está situación se debe a la derivación desde el centro de planificación municipal de 2.5 mujeres jóvenes/día. Aunque esta diferencia es significativa, no hemos encontrado asociación estadística alguna entre la edad y las variables principales estudiadas.

Al comparar los resultados con los de la Consejería de Sanidad de Madrid (CSM), encontramos las siguientes diferencias:

La satisfacción global de los usuarios de la encuesta de la CSM alcanza un 88%, mientras que en nuestro estudio es del 95%, 7 puntos más elevada.

La mayor diferencia la encontramos en el tiempo de espera, un 29% mejor valorado en el servicio de extracciones de nuestro

Centro. Las demás variables estudiadas, también obtienen mejor puntuación en nuestro estudio. La amabilidad del personal de enfermería del servicio de extracciones es un 3% mejor valorada que la amabilidad del personal de enfermería de AP de la comunidad de Madrid. La eficacia del personal en nuestro estudio es también un 1,35% mejor valorada.

El confort de la sala de espera sin embargo, es un 16,3% peor valorado por nuestros usuarios, ya que en nuestra encuesta, son el 64,7% de los mismos los que opinan que la sala de espera es cómoda y confortable frente al 81% obtenido en la CSM.

CONCLUSIONES .Implicación para la práctica.

La satisfacción global de los usuarios del servicio de extracciones de nuestro centro es muy alta, superando la obtenida en la encuesta de la CSM.

Amabilidad y Eficacia del personal son los aspectos mejor valorados, mientras que el confort de la sala de espera y protección de la intimidad de los usuarios son los que obtienen peores resultados. Debemos estudiar que factores hacen que los participantes en el estudio consideren que su intimidad no ha sido protegida, que el tiempo transcurrido hasta ser atendidos no ha sido el adecuado y acomodar la sala de espera a las expectativas de los usuarios.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

- (1) Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo; EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA SANITARIA PÚBLICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID.ATENCIÓN PRIMARIA. Año 2008.
- ESPEJO MATORRALES F, GRANDA MENÉNDEZ MC, CUSTEY MALE MA, SÁNCHEZ MIRÓ J. Estudio sobre el grado de satisfacción de un equipo de atención primaria. Control Cal Asist 1991; 6(2): 40-45.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Calidad percibida por el usuario del Insalud en Ambulatorios y consultas externas en hospitales. Madrid, 1992.
- GARCÍA BORÓ S, AGRA VARELA Y, MARTÍNEZ MARCOS M, MARTÍN GARCÍA D, SIERRA GARCÍA B, DÍAZ OLALLA JM. Evaluación de la satisfacción de los usuarios de los centros de Atención Primaria. Medifam 1993; 3(3): 138-144.
- COMÍN E. Validación de encuestas. Aten Primaria 1990; 7(5): 68-72.
- CHACÓN F. Los estudios sobre la satisfacción de los pacientes: una aproximación crítica. Jano 1990; XXXVIII: 92-99.
- Peña Amaro, P; García López, J; De la Torre Peña, Mª. J; Jiménez Díaz; Pulido Carrascosa, A; Gallego Milla, M et al. Niveles de ansiedad en una población sometida a diálisis peritoneal continua ambulatoria. Enferm Cientif. 1999, 202-203; (Enero-Febrero):5
- Gerlach AL, Spellmeyer G, Vögele C, Huster R, Stevens S, Hetzel G, Deckert J. Blood-injury phobia with and without a history of fainting: disgust sensitivity does not explain the fainting response.Psychosom Med. 2006 Mar-Apr; 68(2):331-9. PMID: 16554401 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- Deacon B, Abramowitz J. Fear of needles and vasovagal reactions among phlebotomy patients.J Anxiety Disord. 2006; 20(7):946-60. Epub 2006 Feb 7.PMID: 16460906 [PubMed - indexed for MEDLINE]

AUTORES/AUTHORS:

Pilar Delgado Hito, Gisel Fontanet Cornudella, Llúcia Benito Aracil, Francisco Lupiañez Villanueva, Núria Cuxart Ainaud

TÍTULO/TITLE:

PROYECTO ENFERMERO EN EL ESPACIO E-SALUD. EVALUCIÓN DE LA ENFERMERA VIRTUAL EN SU FASE PILOTO

Introducción y marco teórico: La 'Enfermera virtual' (Ev) es un portal de promoción y educación para la salud, un espacio virtual de conocimiento e interrelación con el usuario, a la vez que un instrumento de trabajo para las enfermeras/os, excelente para mantener los cuidados enfermeros y de apoyo de la atención presencial. La Ev pone a disposición del usuario todo el potencial de servicio que proporciona el conocimiento enfermero con el fin de que la enfermera pueda comunicarse de una forma directa y efectiva con él. En la web hay 3 áreas principales: actividades de la vida diaria, situaciones de vida y problemas de salud.

El Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona (COIB) ha trabajado desde 2005 en la concepción y el desarrollo de este portal cuyas asunciones filosóficas son dos. La primera es que la salud no es un bien que los expertos aportan desde fuera, sino que es un derecho y un deber de cada persona, lo que la convierte automáticamente en responsable directa de la misma. La segunda asunción, es que la aportación diferencial que podemos y debemos hacer las enfermeras es capacitar a la persona para que gestione y realice, de manera única y personal, y en la medida de lo posible, sus propios cuidados de salud, y se convierta, así, en su propio agente de cuidados.

A fin de disponer de una base enfermera disciplinar sólida en la que fundamentar los distintos contenidos teóricos, se hizo una revisión de los principales modelos enfermeros (Roy, Henderson, Orem, King, Abdellah, Leininger y Watson). Constatamos que todas estas teorías coincidían en dos ideas. En primer lugar, que la persona, para sobrevivir, debe llevar a cabo una serie de actividades cotidianas. Aunque estas actividades difieren en el número, hay ocho que aparecen en todos los modelos revisados: respirar, comer y beber, moverse, reposar y dormir, eliminar, evitar peligros y prevenir riesgos, comunicarse e interactuar socialmente, y trabajar y divertirse. La segunda idea que comparten es que la persona, sea cual sea su estado de salud y para mantener su calidad de vida y su bienestar, debe llevar a cabo estas actividades de tal forma que favorezcan su crecimiento y su desarrollo personal. A estas ocho actividades las denominamos 'Actividades de la Vida Diaria' (AVD), definidas en <http://www.infermeravirtual.com/es-es/actividades-de-la-vida-diaria.html>. Por otra parte, el hecho de que determinadas circunstancias relacionadas con la experiencia de vida y de salud que está viviendo la persona obligan a modificar o adaptar la manera de realizar las AVD, nos llevó a identificar otros dos grandes bloques de contenido que llamamos 'Situaciones de Vida' (SdV) <http://www.infermeravirtual.com/es-es/situaciones-de-vida.html> y 'Problemas de Salud' (PdS) <http://www.infermeravirtual.com/es-es/problemas-de-salud.html>. Estas asunciones filosóficas y proposiciones teóricas son el qué y el cómo de la Ev, y la razón por la que, en todas las fichas, patrón gráfico común para el desarrollo de todos los contenidos, aparecen en primer término los Consejos de la Enfermera desarrollados a partir de las ocho AVD, como materialización de la aportación diferenciada y específica del rol autónomo de las enfermeras.

En la red 2.0, la web es un espacio de interrelación y de interactividad, en que las enfermeras/os generan conocimiento y lo utilizan. Todo los contenidos que se incluyen en la Ev, desarrollados principalmente por enfermeras, se han sometido a un circuito de revisión estructural, pedagógica, disciplinar y lingüística. Una arquitectura web muy sólida, garantiza su crecimiento en todos los sentidos así como que sea navegable. Se trata de un producto innovador dentro de los entornos de la salud, puesto que, aparte de la mejora que supone para la calidad de vida de las personas y el desarrollo del trabajo de las enfermeras, su utilización es extrapolable a cualquier sistema o servicio de salud, local o global.

Objetivos del estudio: El objetivo general del estudio es evaluar la herramienta la Ev por las enfermeras/os del ámbito de la sanidad catalana. Los objetivos específicos son: Describir el perfil de las enfermeras; Conocer si la Ev permite aumentar los conocimientos de las enfermeras; Conocer si las enfermeras perciben la Ev como una web enmarcada en el ámbito de la prevención y la promoción de

la salud; Conocer la opinión de las enfermeras sobre el diseño de la Ev; Identificar las expectativas de las enfermeras en relación a la Ev

Métodos: Tipo de estudio: Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. Ámbito de estudio: Provincia de Barcelona. Población y Muestra: La población diana son enfermeras colegiadas en el COIB con una población total de 30,500. El muestreo fue de conveniencia y se realizó mediante un llamamiento de voluntarios a través del COIB utilizando la web y el boletín mensual del colegio, el correo electrónico y sesiones informativas. El cálculo de la muestra se realizó con un error máximo 5%, un nivel de confianza 95% y una proporción estimada de población de 50%. La muestra estimada fue de 380 enfermeras y la muestra real de 297. Los criterios inclusión y exclusión fueron: estar colegiadas en el COIB y al corriente del pago y tener disponibilidad desde el lugar de trabajo para utilizar la herramienta. Variables del estudio*: Sociodemográficas (sexo, edad, años de experiencia, ámbito de actuación, tipo de centro), Grado de conocimiento relacionado con las TIC (grado de conocimiento relacionado con las tecnologías de la información y de la comunicación), Contenido de la Ev (opinión sobre la información incluida y el dinamismo de la web), Filosofía de la Ev (percepción sobre una herramienta basada en la prevención y promoción de la salud), Diseño de la Ev (opinión sobre la navegabilidad y diseño) y Expectativas (opinión sobre la posibilidad de una herramienta de consulta para las enfermeras, complementa la atención presencial; dificultades; aspectos de mejora, disposición para crear contenidos). (*) Todas las variables fueron categóricas. Técnicas de recogida de datos: El instrumento de recogida de datos es una encuesta ad hoc vía on-line utilizando el método de Survey Manager de Netquest diseñado para trabajar a través del web. Se realizó una prueba piloto para verificar la comprensión de las preguntas y el correcto funcionamiento del sistema on-line. Las encuestas estaban colocadas en diferentes lugares web donde las enfermeras podían acceder. La encuesta constaba de 31 preguntas y se contestaron tras un periodo de 2 meses y medio de utilización de la Ev. Análisis de los datos: Descriptiva: frecuencias y porcentajes; inferencial: Chi-cuadrado y análisis multivariante (conglomerado no jerárquicos). El nivel de significación estadística fue para una $p < 0,05$. Se ha utilizado el SPSS 16.0. Consideraciones éticas: Todos los participantes firmaron el consentimiento informado. Se garantizó la confidencialidad y el anonimato. La participación al estudio fue voluntaria pudiéndose retirar en cualquier momento sin que esto conllevara algún tipo de repercusión.

Resultados: Perfil de las enfermeras: el 91.2% eran mujeres. El 88.1% tenían entre 26 y 55 años y el 51% tenían > de 15 años de experiencia. El 82,4% trabaja en un centro público. El 83.5% trabajan en la asistencia. El 36,6% trabaja en atención primaria y el 43,7 en hospital o clínica. El 67.7% trabajaba en un solo lugar. Grado de conocimiento de las TIC: El 75% se conecta diariamente a Internet para actividades relacionadas con su práctica profesional y un mínimo de 3 veces a la semana para estudiar. Más del 70% tiene ordenador fijo o portátil. El 44% ha participado en grupos de discusión o foros on-line para trabajar. El 82,2% afirma que las TIC han mejorado su capacidad de trabajo y el 93,2% su capacidad de aprender cosas nuevas. Sólo el 5,4% no ha consultado nunca webs en salud para la práctica profesional desde su lugar de trabajo. Contenido de la Enfermera virtual: El 48,3% considera que ha completado mucho o bastante sus conocimientos, el 68,3% cree que la Ev puede ayudar mucho o bastante a mejorar su práctica profesional y más del 95% recomendaría la Ev a usuarios y enfermeras. El 94% cree que los contenidos están muy o bastante actualizados. Filosofía de la Ev: El 78,5% cree que la Ev potencia que la persona sea participante activa en los cuidados de su salud y 86,8% cree que puede ser una herramienta de trabajo para promocionar la salud de las personas. El 75,5% cree que la Ev refleja la aportación específica de la profesión a la población y el 82.3% cree que el rol propio de la enfermera en términos de prevención y promoción de la salud queda identificado en la Ev. Diseño de la Ev: Más del 70% creen que es visualmente atractivo y les ha resultado fácil navegar. El 83,3% cree que los tutoriales pueden guiar mucho o bastante. Expectativas: Más del 93% cree que podría ser una herramienta de consulta para las enfermeras y que puede complementar la atención presencial. Más del 80% estaría dispuesta/o a generar contenidos para la Ev o a comunicarse con sus usuarios mediante la Ev. La principal dificultad identificada para el uso de la Ev fue la falta de tiempo en el 64%. Por orden de prioridad los aspectos que mejorarían de la Ev son el diseño (30%), los enlaces (28,6%) y los contenidos (25,9%). Del análisis multivariante, dos perfiles han emergido en relación al uso y conocimiento de las TIC: la enfermera avanzada ($n=178$) y la activa ($n=119$). Los dos perfiles tienen conocimiento sobre las TIC sin

embargo la avanzada hace más uso de ellas (participa en grupos de discusión, forum, webs o blogs). Existen diferencias estadísticamente significativas entre la enfermera avanzada y la activa en relación a: usos de las TIC ($p < 0,000$), diseño de la Ev ($p < 0,05$) y expectativas ($p < 0,02$). No hay diferencias en cuanto a la evaluación de los contenidos ni a la filosofía.

Discusión: La evaluación global de la Ev ha sido positiva independientemente del uso que hacen las enfermeras de las TIC. El hecho de que más del 80% de las enfermeras trabajen en la asistencia y que valoren positivamente la EV, lleva a pensar que puede ser una herramienta de uso diario en la práctica profesional. El alto grado de conocimiento y uso de las TIC por parte de las enfermeras indica que la utilización de la Ev no vendría limitada por el desconocimiento de las TIC si no por aspectos citados como la falta de tiempo, falta de integración de Internet en el trabajo o la escasa velocidad en la conexión. El hecho de que más del 90% crea que los contenidos están actualizados y que recomendaría la Ev a usuarios y enfermeras, puede ser indicativo de que las enfermeras visualizan la utilidad de la Ev tanto para su práctica profesional como para los usuarios. Los resultados muestran también que la filosofía que se quería plasmar en Ev ha sido evidenciada por las enfermeras. Aunque un porcentaje elevado piensa que el diseño es correcto, algunas sugerencias han sido expuestas siendo, algunas de ellas, modificadas tras los resultados del estudio (visualización, tamaño de la letra, espacio entre párrafos, formato impresión, entre otras). El hecho de que más del 90% piense que podría ser una herramienta de consulta para las enfermeras y que puede complementar la atención presencial, sugiere que su uso en la práctica es viable.

Implicaciones para la práctica clínica: La Ev puede mejorar y completar la atención a la salud de las personas así como mejorar el desarrollo profesional de la enfermera/o y su ejercicio desde cualquier ámbito de trabajo. En cuanto a líneas abiertas y futuras de investigación, se está finalizando el análisis sobre la opinión de los usuarios que han participado en la evaluación de la Ev que nos permitirá conocer su opinión y comparar estos resultados con los de las enfermeras. Por otro lado, se está iniciando el diseño de un estudio para conocer la aportación de la Ev en el contexto de la interacción enfermera-usuario en atención primaria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Orem, D. (1993). Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson-Salvat.

Alberdi Castell RM, Arriaga Piñeiro E, Zabala Blanco J. (2006). La ética del cuidado: una propuesta con futuro para las enfermeras y las empresas sanitarias. *Rev Rol Enferm*; 29(3): 31-38.

Domingo Pozo M, Gómez Robles J. (2003). El concepto de Necesidad Humana Básica como aproximación a la definición del cuidado. *Index de Enfermería*; 43. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/43revista/43_articulo_23-27.php> Consultado el 10 de junio 2008).

Castells M, Lupiañez F, Saigí F y Sánchez J (2007). Modernización tecnológica, cambio organizativo y servicio a los usuarios en el sistema de salud Cataluña. Proyecto Internet Cataluña (PIC). UOC. Generalitat de Catalunya. [8 de septiembre de 2009] Disponible en:
<http://www.uoc.edu/in3/pic/esp/salud/informe.html>

Fundació TicSalut (2008). Mapa de Tendencias de las TIC en los servicios de salud de Cataluña. Ticsalut. Departamento de Salud. [8 de septiembre de 2009] Disponible en:
<http://www.gencat.cat/salut/ticsalut/html/ca/dir1771/dd16792/mapatend2008.pdf>

Koeth, A., Chhanabhai, P., & Holt, A. (2007). Convergence of communications and e-governance; a strong combination for health

consumer empowerment in developing countries. *Journal of Health Informatics in Developing Countries*, 1(1), 11-15 [8 de septiembre de 2009]. Disponible en: <http://www.jhidc.org/index.php/jhidc/issue/view/3>

Sarasohn-Kahn, J. (2008). *The Wisdom of Patients: Health Care Meets Online Social Media*. California Health Care Foundation. [8 de setembre de 2009] Disponible en: <http://www.chcf.org/topics/chronicdisease/index.cfm?itemID=133631>

Saéz S, Font P, Pérez R, Marqués F. (2007). *Promoción y educación para la salud*. 2ª ed. Lérida: Milenio.

Wilkinson R, Marmot M. (2006). *Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

AUTORES/AUTHORS:

Dolores Miguel Ruiz, Laia Moliné Celma, Esther Mariné Veciana, Bárbara Hurtado Pardos, María Dolores Royo Arán, Juan Francisco Roldán Merino

TÍTULO/TITLE:

El Estrés, una realidad de los profesionales que trabajan en la unidad de neonatología

Introducción:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido a los trabajadores de la salud como profesionales altamente estresados.

El concepto de estrés fue introducido por primera vez en el ámbito de la salud en el año 1926 por Hans Selye (Borja et al 2001, Pérez y Páez, 2001 entre otros).

El estrés es un proceso que se inicia ante el conjunto de demandas ambientales que recibe el individuo, a las cuales debe dar una respuesta adecuada poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento. Cuando la demanda del ambiente (laboral, social, personal etc.) es excesiva frente a los recursos de afrontamiento que se poseen, se desarrollan reacciones adaptativas, movilizándose recursos que implican activación fisiológica. Este estrés incluye emociones negativas, de las cuales las más importantes son la ansiedad, la ira y la depresión.

Toda situación de estrés tiene unas características comunes:

- ? Se genera un cambio o situación nueva
- ? Suele haber falta de información.
- ? Incertidumbre, no se puede predecir lo que va a ocurrir.
- ? Ambigüedad, cuanto más ambigua mayor estrés se genera.
- ? La inminencia del cambio, puede generar más estrés.
- ? Se producen alteraciones de las condiciones biológicas del organismo, esto nos obliga a trabajar más intensamente para volver al estado de equilibrio.
- ? Duración de la situación de estrés, cuanto más tiempo, mayor el desgaste del organismo.

Actualmente cuando nos referimos al estrés laboral, se utiliza el término Burnout Síndrome (?Síndrome de quemarse en el trabajo?) fue descrito en 1974 por Fredeunderger, aunque es principalmente con los estudios de Maslach y Jackson (1997) cuando realmente adquiere importancia el estudio de éste síndrome (María Lourdes marrero Santos, Licenciada en Psicología, 2003).

El Síndrome de Burnout puede tener repercusiones psicosomáticas, conductuales, emocionales, familiares y sociales. Se caracteriza según Moreno y Peñacoba (1999) por:

- Cansancio emocional, o agotamiento es cuando la persona pierde el interés y sentimiento de satisfacción.
- Despersonalización, es pérdida de la capacidad para establecer relaciones empáticas con las personas a las que hay que atender.
- Abandono, de la realización personal, consiste en que la persona tiene el sentimiento de que el trabajo no vale la pena y que no

existe un mejoramiento personal.

Según Monte y Peiró (1997) este síndrome no solo tiene que ver con los rasgos de personalidad, sino que incluye variables de tipo sociodemográfico como es el género, la edad, el estado civil, la antigüedad en el puesto de trabajo y la antigüedad en la profesión.

Los profesionales de la salud deben emplear un tiempo considerable de relación con personas que se encuentran en situaciones problemáticas, ya sea por condiciones médicas o necesidades psicológicas, esto implica una intensa carga emocional para el profesional que puede ir acompañado por sentimientos de frustración, temor, rabia o desesperación.

El estrés de los trabajadores no puede ser analizado de forma aislada, sino que debe hacerse a través de una evaluación multidimensional, es decir, de aquellos factores personales, interpersonales y organización.

Los elementos esenciales son:

- Estresores: condiciones físicas y psicosociales del trabajo.
- Percepción del estrés: evaluación cognitiva del individuo en su apreciación de las demandas ambientales y los recursos de los que dispone.
- Variables moderadoras: características personales e impersonales que pueden determinar la vulnerabilidad al estrés.
- Respuestas al estrés: fisiológicas, comportamentales, cognitivas.
- Consecuencias sobre la salud, las relaciones interpersonales en el trabajo, la satisfacción laboral, rendimiento en el trabajo, etc.

Hay unidades de trabajo en las que se dan mayor número de casos de Burnout, analizando las unidades de cuidados intensivos en neonatología, se han detectado casos en todas las categorías: pediatras, enfermeras/os y personal auxiliar (A. Bautinza Arriortua, J. Lopez-Hece Cid et al. 2000).

Los profesionales que trabajan en la unidad de cuidados intensivos en neonatología sufren desgaste debido a varios aspectos:

? Largas jornadas laborales en un ambiente restringido. Y la realización de turnos alternos, como el turno nocturno, que altera el ciclo circadiano.

? Necesidad de realizar de técnicas complejas, además de saber actuar en situaciones de urgencias, en las que hay que tomar decisiones rápidas que pueden influir en el bienestar del paciente.

? Afrontar frecuentes situaciones éticas de difícil solución, así como a intensas reacciones de los padres y situaciones de dolor y duelo.

Objetivos:

El objetivo general del estudio es conocer el nivel de estrés percibido por el personal que trabaja actualmente en la unidad neonatal del hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.

Objetivos específicos:

- Analizar si existe diferencia entre el estrés vivido según la categoría profesional: pediatras, enfermeras/os y auxiliares de enfermería.

- Valorar si el horario de trabajo (mañana, tarde, noche o 12h) influye en el grado de estrés del personal.

- Relacionar el estrés percibido por los profesionales según la carga de trabajo propia de cada box (box de cuidados intensivos, box de cuidados semi-intensivos, box de cuidados medios y box de cuidados mínimos).
- Conocer que situaciones concretas producen un mayor estrés a los profesionales.

Material y Métodos

Es un estudio descriptivo transversal. Realizado en la unidad de neonatos del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona durante febrero de 2009.

La población de estudio han sido todos los profesionales sanitarios (pediatras, enfermeras y/o auxiliares de enfermería) que trabajaban en la unidad de neonatos durante el periodo de estudio y que han querido participar voluntariamente.

El estrés se ha valorado siguiendo el modelo de 'The Nursing Stress Scale' realizada por Pamela Gray-Toft y James G. Anderson de Indiana de EEUU. Se ha utilizado la versión en español traducida y validada por el Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública (presenta una elevada validez de constructo y una alta consistencia interna, alfa de Cronbach 0,92).

El cuestionario consta de 18 preguntas que formulan una serie de situaciones que suelen ocurrir en el servicio de neonatología, estas están divididas en:

Ambiente físico y psicológico y cargas de trabajo. El cuestionario fue totalmente anónimo y confidencial.

Variables: edad, sexo, categoría profesional, años de ejercicio de la profesión, turno de trabajo y variables relacionadas con el estrés producido por el ruido ambiental, falta de espacio, falta de conocimiento del aparataje, interrupciones durante el trabajo, realizar tareas que no corresponden con la categoría profesional, falta de tiempo, falta de personal, dificultad para trabajar con otros compañeros y horario libre de entrada de las familias.

Análisis estadístico:

Primero se ha realizado un análisis descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio y posteriormente 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.

Resultados:

El tamaño final de la muestra fue de 90. El 96,7% son mujeres. Referente a la categoría profesional, un 22,2% son pediatras, un 61,15 personal de enfermería y un 16,7% auxiliares de enfermería.

La media de edad ha sido de 35 años (D.E 11,31), el mínimo de edad fue de 21 años y el máximo de 62. Respecto a los años de ejercicio de la profesión la media ha sido de 12 años (D.E 10,6).

En el análisis univariado no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas que relacione el estrés con la categoría profesional, con el box en el que trabaja, ni con el sexo de los profesionales.

En cambio sí que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre cómo perciben el estrés los pediatras y el personal de enfermería en relación con la falta de espacio dentro de la unidad, presentando las enfermeras más estrés que los pediatras con una $p=0,009$.

También se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la edad y la presencia de estrés de forma que los profesionales de más edad presentan menos estrés que los jóvenes con una $p=0,017$.

Conclusiones:

Los profesionales más jóvenes son los que perciben mayor estrés. En la prevención del estrés en los profesionales se ha de incidir en las condiciones de trabajo, así como proporcionar soporte a los profesionales más jóvenes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Borja, C., Gómez, A., León, M., Murcia, A., Hewitt, N. & Molina, J. (Dir) (2001). Variables en la práctica clínica relacionadas con la salud mental de los psicólogos que ejercen como terapeutas en Bogotá. Tesis de grado: Universidad Católica de Colombia, Bogotá.

Del Hoyo Delgado, Mari Angeles. C.N.N.T. ? Estrés laboral? Edit. INSHT: Madrid 1997. E. Joseph Neidhardt, Mal Colhs. Weinstein, Rotert F. Conry. ? Seis programas para provenir y controlar el estrés?. Edit. Deusto. 1989. G. Perea y M. Serra- Prat .Unitat de recerca. Fundació Jaume Esperalba y Terrades del Consorci sanitari del Maresme. Mataró. Barcelona ? Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal?. Rev. Gac Sanit vol.16, no. 6 , Barcelona. Nov. / Dic. 2002. Holmes T. Y Rahe R. ? tablas de evaluación de unidad del cambio de vida?. Edit. 1989. Javier Labrador, Francisco. ? El estrés. Nuevas técnicas para su control? . Edit. Grupo Correo de Comunicación. 1996.  Juan Carlos Atance Martínez . Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. Revista española de Salud Pública Vol.71 n.3 Madrid (Mayo- Junio 1997).  Lazarus, R.S. y Folkman, S. ? Estress appraisal and coping?. Edit. Springer, 1984.  Ley de Prevención de Riesgos Laborales (B.O.E. 10/11/1995).  María de Lourdes Marrero Santos. Licenciada en Psicología. Especialista en Psicología de la Salud. Departamento de Psicología. INSAT. ?Burnout en enfermeros que laboran en los servicios de neonatología de ciudad de la Habana?. Rev. Cubana Salud Trabajo 2003; 4 (1-2).  Maslash C, Jakson SE. Maslash Burnout Inventory Manual (2ª ed.) Palo Alto, CA:Consulting Psychologist Press Inc. 1986.  Mónica M. Novoa Gómez , Camilo Nieto Dodino, Carlos Forero Aponte, Claudia E. Caycedo, Mónica Palma Riveros, MA. Del Pilar Montealegre Martínez, Margarita Bayona Mendoza, Carolina Sánchez Durán. Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. Univ. Psychol. Vol.4 no.1 Bogotá junio 2005.  Monte, P. & Peiró, J. (1997) Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. México: Síntesis psicológica.  Moreno, B. & Peñacoba, C. (1999) El estrés asistencial en los servicios de salud. En: M. A. Simón (Ed) Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones. Madrid: Biblioteca Nueva.

Mesa de comunicaciones 18: Docencia**Concurrent session 18: Nursing education****AUTORES/AUTHORS:**

Teresa Álvarez Rodríguez, Francisco Álvarez Aragón, Ana Goris Pereira, Clara González Formoso, Pilar De la Concepción Dasilva, Carmen López Vale, M^a Antonia Fernandez Lamelas

TÍTULO/TITLE:

APLICACIÓN DEL DIARIO REFLEXIVO EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS

Introducción: La realización del diario reflexivo de prácticas clínicas, centrado en los pensamientos personales, sentimientos y reflexiones de quienes aprenden, favorece el aprendizaje de al menos cinco aspectos importantes: lo que sabe, lo que siente, lo que hace, cómo lo hace y por qué lo hace. Implica un ejercicio personal de reflexión en el que el estudiante toma conciencia de su propia experiencia y hace que sea el principal protagonista de su aprendizaje.

Objetivo: Evaluar qué aporta la realización del diario reflexivo (DR) en los estudiantes de 2º curso de Enfermería durante las prácticas clínicas, para conocer como influye en su aprendizaje; en la evolución del alumno en el lugar de prácticas; valorar el cumplimiento de los objetivos de las prácticas clínicas; conocer la percepción sobre la tutorización recibida y resolver las situaciones significativas que se suscitan en las prácticas.

Metodología: Diseño: Estudio descriptivo. Ámbito de estudio: Alumnos de unidades médicas, quirúrgicas y quirófanos del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Sujetos de estudio: 53 estudiantes de 2º curso de la E.U.E. del Hospital. Meixoeiro matriculados en Enfermería Médico Quirúrgica I. Duración del estudio: Curso académico 2008-2009. Método: Realización de un (DR) con las reflexiones que suscitan las prácticas clínicas. Solicitud de cumplimentación de cuestionario de elaboración propia validado, con 10 preguntas cerradas y una abierta, escala de Likert y extensión 5, que oscila entre ¿en ninguna medida? a ¿en gran medida?.

Variables: Sociodemográficas, influencia del (DR) en el aprendizaje, aumento de la responsabilidad, ayuda del registro de actividades en la reflexión, relación con el tutor y resto del equipo, reflexión sobre áreas de dificultad y trabajo de las mismas con el tutor, resolución de situaciones posteriores, crecimiento y desarrollo personal, aspectos más significativos aportados por el (DR) y en qué medida ayuda a conseguir los objetivos. **Análisis de resultados:** Calculo de estadísticos media, mediana y rango para la edad, frecuencias y porcentajes para cada ítem, para asociación entre variables cualitativas χ^2 mediante tablas de contingencia con el programa SPSS v 14.

Resultados: El cuestionario fue cumplimentado por la totalidad de los encuestados. La edad del 50% de los alumnos fue de 19 años, la media de 21 y el rango (18 a 45) años. Los resultados obtenidos en mayor porcentaje se dan en las categorías aceptablemente y en buena medida. Un 58,5% consideran que la realización del diario reflexivo en las prácticas clínicas ha influido aceptablemente en el aprendizaje. En buena medida el 22,6%. El diario reflexivo favorece aceptablemente la auto responsabilidad en el propio proceso de aprendizaje en el 41,5%. En buena medida en el 28,6%. Registrar las actividades realizadas ayuda en la reflexión en buena medida en el 35,8%. Aceptablemente en el 30,2%. En gran medida 24,5%. Consideran que facilita la relación con la tutora aceptablemente 45,3%. En buena medida 26,4%. En gran medida 13,2%. El 43,4% opina que favoreció la relación con el equipo donde realizan las prácticas en escasa medida. El 22,6% aceptablemente y en ninguna medida el 17%. En áreas de dificultad ha facilitado la reflexión en buena medida al 32,1%. Aceptablemente al 30,2% y 24,5% en gran medida. En cuanto a trabajar las áreas de dificultad con la tutora contestaron aceptablemente y En buena medida 43,4%. Consideran en un porcentaje de 35,8% que favorece aceptablemente el aprendizaje a través de la experiencia para la resolución de situaciones posteriores. El 26,4% en buena y escasa medida. Al 39,6% le ha facilitado el desarrollo y crecimiento personal aceptablemente. Al 22,6% en buena y escasa medida. La documentación propuesta por la tutora en un 45,3% sirvió para conseguir los objetivos del diario aceptablemente y al 28,3% en buena medida. En los aspectos que le aportó la realización del (DR) destacan: Autonomía, análisis crítico, drenaje de sentimientos y reflexión 20,8%. Progreso, analizar objetivos conseguidos, profundizar, utilización del método científico 13,2%. Observación, comunicación, motivación aumento de responsabilidad y autoevaluación 11,3%.

Conclusiones: La elaboración del DR supone gran esfuerzo, pero se confirma que es un instrumento muy útil en su formación, potencia la autoevaluación y favorece la relación con la tutora. El DR es una herramienta para construir el conocimiento de enfermería mediante la práctica reflexiva que sitúa al alumno en el centro del proceso de aprendizaje.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.- Betolaza, E., Alonso, I. El diario reflexivo y el aprendizaje autorizado. *Metas de Enfermería*, mayo 2002, 45:14-18.
- 2.- Moreno, M., Ruiz, M., El diario reflexivo: Herramienta pedagógica innovadora en las prácticas de enfermería. Univ. UE.M. www.uem.es/myfiles/pageposts/Memoria_1_premio.pdf.
- 3.-Fargues, I., Guillaumet, M., Serret, M., Ciendones, M.. Diario reflexivo de prácticas clínicas: Percepción de la experiencia de estudiantes de enfermería. E. U. I. H. Santa Creu i Sant Pau: *Metas de Enfermería*, septiembre 2007: 10(7):26-30.
- 4.- Lora López, P., Zafra Fernández J., Cornado Carvajal P., Vacas Díaz, C. Una experiencia sobre la utilización del Diario reflexivo como instrumento de seguimiento y evaluación de las prácticas hospitalarias del alumnado de enfermería. *Universidad de Córdoba. Enfermería Global*, febrero 2008, 12 (1-12).
- 5.-Parrilla Saldaña J., Guerra Martín MD. Percepción de los alumnos de enfermería sobre la función tutorial en las prácticas. Universidad de Sevilla. *Enfermería Global*, febrero 2009:15 (1-13).
- 6.- Serrano Gallardo P., Martínez Marcos M.. La tutorización de las prácticas clínicas en pregrado de enfermería. E.U.E. Puerta de Hierro. *Metas* abril 2008 11(3):28-32.

AUTORES/AUTHORS:

Consuelo López Fernández, Juan Manuel Picardo García, María José Abellán Hervás, José Miguel Mestre Navas

TÍTULO/TITLE:

Relación entre Inteligencia emocional percibida y estrategias de afrontamiento en estudiantes de Enfermería

Durante la vida universitaria, los estudiantes se enfrentan a estresores específicos relacionados con la actividad académica. Frente a ellos no siempre disponen de estrategias de afrontamiento (EA) eficaces conduciéndoles al estrés. Sin embargo, la distribución del estrés no es homogénea. Hay carreras más estresantes, hallándose las sanitarias entre ellas¹. Aunque cabe pensar que dicha singularidad podría relacionarse con características de quienes las eligen, investigaciones dirigidas a explorar este problema no apoyan tal hipótesis, encontrándolos similares a la población general de estudiantes en sus niveles de estrés y salud antes de comenzar la universidad³

A diferencia de otros, en los estudiantes sanitarios el estrés incrementa su importancia a lo largo de los cursos². Se ha atribuido este patrón, entre otros, a la singularidad de su formación que simultanea aprendizaje teórico en el aula con aprendizaje práctico en contextos clínicos reales dentro de organizaciones sanitarias.

El aprendizaje clínico sitúa a los estudiantes de Enfermería frecuentemente en condiciones que exceden sus recursos, habiendo encontrado que experimentan estrés sostenido, llegando a presentar síntomas de Burnout^{3,4}. Aun así, enfrentados a un contexto similar y viviendo situaciones estresantes parecidas, no todos los estudiantes de Enfermería experimentan estrés. Cabe preguntarse a que puede deberse este resultado.

El manejo del estrés resulta de una combinación de múltiples factores y las EA son diferencialmente efectivas en la reducción del mismo. Su eficacia depende del su ajuste a las exigencias de la situación y de la habilidad de la persona en su uso. Entonces, una posible respuesta al problema planteado podría ser que las personas eligen actuar de un modo u otro en función de sus capacidades y preferencias. Dos aspectos relacionados con la habilidad de las personas para dicha selección han sido la personalidad y la Inteligencia emocional (en adelante IE).

Entre las aportaciones de la investigación sobre personalidad y afrontamiento se destacan el papel del neuroticismo y la conciencia o tesón. Mientras que el neuroticismo parece relacionarse sistemáticamente con formas de afrontamiento pasivas y centradas en la emoción, la conciencia o el tesón se relaciona con estrategias activas y centradas en la resolución de problemas.

Recientemente se ha definido IE como la habilidad de razonar con exactitud sobre las emociones y la capacidad de utilizar las emociones y el conocimiento emocional para mejorar el pensamiento y facilitar el funcionamiento social⁵. La investigación previa señala que podría influenciar la elección de las EA favoreciendo seleccionar las más adaptativas y relaciona una alta IE con afrontamiento exitoso^{6,7}.

Quienes cuentan con una más alta IE emplean EA más eficaces, debido a que poseen habilidades emocionales básicas, mayor conocimiento emocional y una regulación emocional más eficaz⁸. La conciencia que la persona tiene acerca de la atención prestada a las emociones, la claridad con que las distingue y los modos en que las repara, es decir, su inteligencia emocional percibida^{6,7} (en adelante IEP), ha sido relacionada con la respuesta psicológica al estrés^{10,11}.

Ante los estresores, la persona emocionalmente inteligente reacciona adaptativamente. Al percibir con claridad lo que siente y creer que puede reparar el afecto negativo, invierte sus capacidades de procesamiento en EA eficaces y minimiza el impacto de los estresores⁹. Al contrario, quien no ha desarrollado suficientemente la capacidad de clarificar y reparar las emociones, no procesa la emoción, manteniendo sus recursos centrados en atender a la emoción que el estresor genera, prolongando sus efectos negativos sobre el funcionamiento físico y psicológico^{9,10}. Igualmente, quienes puntúan bajo en atención, al no considerar sus estados afectivos, no pueden comprenderlos ni repararlos^{10,11}. Quienes encuentran sentido a sus emociones, los altos en claridad, pueden reparar más eficazmente los estados anímicos inducidos y reducir la rumiación que aquellos que puntúan más bajo en esta

dimensión de la IEP^{10,11}. Por tanto un perfil inteligente de IEP, niveles medios en atención y altos en claridad y reparación, es un factor protector ante situaciones generadoras de estados de ánimo negativos, como el caso del estrés¹². Los estudios previos citados, sugieren que un perfil protector de IEP produce mejor ajuste psicológico, mejor salud física y sentido de bienestar, por ello se espera tenga un rol relevante en el afrontamiento de los estudiantes de Enfermería.

Hasta donde conocemos, la relación entre IEP y afrontamiento en estudiantes de Enfermería solo ha sido explorada por Montes Berges y Augusto (2007), quienes encontraron que la claridad y la reparación se asocian con el apoyo social y predicen, respectivamente, el apoyo social y la salud mental, concluyendo que la IEP es un factor importante en el afrontamiento. Pero en el estudio citado no se informa del control sobre la personalidad, variable que podría estar afectando a los resultados. Por ello cabe cuestionarse en qué medida las relaciones establecidas para la IEP se deben por completo a esta.

Objetivos

Este estudio amplía la investigación existente examinando la extensión con que la IEP se relaciona al afrontamiento, una vez controlada la personalidad. Nuestro objetivo general fue evaluar en qué medida la IEP puede considerarse una habilidad protectora frente al estrés en estudiantes de Enfermería. Más específicamente hemos buscado (1) conocer las EA utilizadas frente a condiciones estresantes, y (2) explorar las relaciones entre la IEP y las EA habituales que emplean. Hipotetizamos que los sujetos medios en atención y altos en claridad y reparación utilizan estrategias de afrontamiento activas (estrategias más eficaces) frente a las situaciones de estrés.

Método

Para alcanzar los objetivos propuestos y contrastar la hipótesis planteada, Realizamos un estudio empírico no experimental prospectivo. En él participaron 105 alumnos de Enfermería (34,3% alumnos 1º curso y 65,7% de 2º curso).

Nuestra variable predictora fue la IEP, operacionalizada mediante las dimensiones de atención, claridad y reparación del TMMS y medida con el TMMS-24. Siguiendo la recomendación de teóricos y autores críticos se controló la personalidad, operacionalizada bajo el modelo de los cinco grandes y medida a través del BFQ (adaptación española de Bermúdez).

Como variable criterio empleamos las EA utilizadas, operacionalizada mediante la frecuencia de uso de medidas de afrontamiento y evaluada con el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (adaptación española de Cano, Rodríguez y García, 2007).

El estudio se realizó en dos fases, la primera al iniciar el curso, donde se midieron las variables predictoras y la segunda, finalizada la experiencia clínica, donde se determinaron las EA utilizadas ante las situaciones de estrés experimentadas.

Para el análisis estadístico utilizamos la estadística descriptiva, un análisis de correlaciones de orden cero y parciales, una vez controlada la personalidad y, por último, una serie de análisis de regresión múltiple con cada una de las estrategias de afrontamiento.

Resultados y discusión:

Frente a estresores, los participantes utilizan pensamiento desiderativo (M=12,80), resolución de problemas (M=12,74), apoyo social (M=12,18), expresión emocional (M=10,30), reestructuración cognitiva (M=9,58), autocrítica (M=6,37), retirada social (M=5,35) y evitación de problemas (M=5,24).

Con el fin de responder al segundo objetivo y contrastar la hipótesis planteada, realizamos correlaciones y análisis de regresión:

(a) Correlaciones de orden cero

Obtuvimos 5 correlaciones significativas entre las subescalas del TMMS-24 y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento. La subescala Atención, correlaciona positivamente con Autocrítica y Expresión Emocional ($r = 0,29$, $p < 0,01$ y $r = 0,22$, $p < 0,05$, respectivamente). La subescala Compresión se relaciona positivamente con Evitación de Problemas ($r = 0,22$, $p < 0,05$), mientras que Reparación de estados anímicos negativos lo hace con las subescalas Resolución de Problemas ($r = 0,21$, $p < 0,05$), Apoyo social ($r = 0,31$, $p < 0,01$) y Reestructuración Cognitiva ($r = 0,33$, $p < 0,01$) del Inventario de Estrategias de Afrontamiento.

(b) Correlaciones parciales entre TMMS y EA:

Al controlar las dimensiones de personalidad, desaparecen algunas correlaciones y otras disminuyen en su nivel de significatividad. Permanece la relación entre Atención con la Autocrítica ($r = 0,26$, $p < 0,05$) y con la Expresión Emocional ($r = 0,23$, $p < 0,05$). Por último, la Reestructuración Cognitiva se relaciona con la Reparación de estados emocionales ($r = 0,27$, $p < 0,05$).

En el análisis de regresión obtenemos los siguientes resultados:

Altos niveles en utilización de la atención se relacionan con uso de Autocrítica ($\beta = 0,29$, $p < 0,01$) y con altos niveles de Expresión Emocional ($\beta = 0,22$, $p < 0,05$). La escala Reparación, es predictora de estrategias de afrontamiento positivas: Resolución de Problemas ($\beta = 0,21$, $p < 0,05$), búsqueda de Apoyo Social ($\beta = 0,31$, $p < 0,01$) y Reestructuración cognitiva ($\beta = 0,33$, $p < 0,01$).

Así, la hipótesis planteada se confirma parcialmente. Nuestros resultados indican que la personalidad puede mediar en las relaciones obtenidas con el TMMS. Los mayores niveles de claridad y reparación de estados emocionales se relacionan con una mayor capacidad (1) para controlar el comportamiento en situaciones de incomodidad, conflicto o peligro, y (2) para mantener el control de aspectos relacionados con la tensión asociados a la experiencia emotiva. Quienes se perciben emocionalmente inteligentes utilizan EA positivas para enfrentarse a los momentos y situaciones de estrés. Estas estrategias favorecen el procesamiento y la integración de la experiencia emocional, logrando con ello un menor nivel subjetivo de estrés.

Conclusiones

- Quienes se perciben como mejores reparadores se implican más en procesos de Reestructuración Cognitiva como EA frente a estresores. Esta estrategia neutralizaría los pensamientos intrusivos, las rumiaciones, que caracterizan y hacen mantener en el tiempo a los episodios emocionales negativos. Se trata de una estrategia activa y eficaz para revertir el signo de los estados emocionales, cuya relación con la IEP ya ha sido analizada¹⁰. Los resultados obtenidos congruentes con los encontrados por otros autores^{8,11}.
- Una elevada atención se relaciona con mayores niveles de autocrítica. Al considerar el perfil completo en el TMMS, la alta atención suele ir acompañada de de baja comprensión y baja reparación. Este elevada focalización en el episodio emocional unido a la dificultad para comprender y, por tanto, para regular lo que está ocurriendo parece convertirse en el caldo de cultivo para una forma de rumiación basada en la propio crítica.
- Quienes utilizan más el apoyo social como forma de afrontamiento son, también, quienes se perciben como mejores reparadores, confirmándose los resultados obtenidos por Montes-Berges y Augusto (2007). El apoyo social, como es sabido, es un buen regulador de estados anímicos, de la percepción de estrés y, en definitiva, de la salud.
- La expresión emocional y la resolución de problemas aunque se asocian positivamente con la atención y la reparación respectivamente, son relaciones que dejan de ser significativas al ser controlada la personalidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Guthrie, E. A., Black, D., Shaw, C. M., Hamilton, J., Creed, F. H., y Tomenson, B. (1995). Embarking upon a medical career: Psychological morbidity in first year medical students. *Medical Education*, 29, 337-341.
2. Ross, S., Cleland, J., y Macleod, M. J. (2006). Stress, debt and undergraduate medical student performance. *Medical Education*, 40(6), 584-589.
3. Sarid, O., Anson, O., Yaari, A., y Margalith, M. (2004). Academic stress, immunological reaction, and academic performance among students of nursing and physiotherapy. *Research in Nursing and Health*, 27(5), 370-377.
4. Mahat, G. (1998). Stress and coping: junior baccalaureate nursing students in clinical settings. *Nursing Forum*, 33,(1), 11-19.
5. Watson, D., David, J.P., y Suls, J. (1999). *Coping: The Psychology of What Works*. Cary, NC, USA: Oxford University Press.

6. Salovey, P. y Mayer, J.D. (1990). Emotional Intelligence Imagination, Cognition, and Personality, 9, 185-211.
7. Mayer, J. D., y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence?. En P. Salovey y D. Sluyter (Eds.), Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators (pp. 3?31). New York: Basic Books.
8. Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., y Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity and repair: Exploring emotional intelligence using the trait meta-mood scale. En J. Pennebaker (Ed.). Emotion, disclosure and health (pp. 125?154). Washington, DC: American Psychological Association.
9. Salovey, P., Bedell, B. T., Detweiler, J. B., y Mayer, J. D. (1999). Coping intelligently: Emotional intelligence and the coping process. En C. R. Snyder (Ed.), Coping: The psychology of what works (pp. 141?164).
10. Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2006) Emotional Intelligence as Predictor of Mental, Social, and Physical Health in University Students. The Spanish Journal of Psychology, 9 (1), 45-51.
11. Salovey, P., Stroud, L.R., Woolery, A., y Epel, E.S. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the trait meta-mood scale. Psychology and Health, 17, 611?627.
12. Augusto Landa, J. M., Lopez-Zafra, E., Berrios Martos, M. P., y Aguilar-Luzo, M. C. (2008). The relationship between emotional intelligence, occupational stress and health in nurses: A questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies, 45(6), 888-901.

AUTORES/AUTHORS:

M^ªTeresa Torner Benet, Joan Torres Puig-gros, Angel Pedra Camats, Francisco Javier Miralbés Casterá, Mar Miralbés Torner, Antonia Puiggros Binefar

TÍTULO/TITLE:

FRECUENCIA Y PATRON DEL MIEDO A GANAR PESO O ENGORDARSE EN LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE CIENCIAS DE LA SALUD

Introducción: Los trastornos alimentarios ligados a la conducta son un importante problema de salud pública favorecidos por la preocupación por la imagen corporal y el aspecto físico.

Objetivos: Conocer la frecuencia y el patrón del miedo a ganar peso o engordarse en los estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud.

Métodos: Durante el curso 2008/2009 se realizó un estudio transversal en estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universitat de Lleida de 18 a 25 años proponiendo su participación en las aulas. Se aplicó una encuesta autocumplimentada. Las variables recogidas fueron: edad, género, centro en que realiza los estudios, tener miedo a ganar peso o engordarse (nunca, algunas veces, siempre, pánico a ganar miedo), percepción del propio cuerpo (1= demasiado delgado, 5 demasiado = gordo), partes del cuerpo que menos le gustan o que más le avergüenzan e imagen con la que se identifica mejor a partir de los dibujos del cuestionario CICAÉ, peso actual (kg) y índice de masa corporal (kg/m²). Las variables cualitativas se presentan en porcentajes y las cuantitativas a través de la media (+-DE). La contrastación de hipótesis se realizó a través de la prueba de ji cuadrado y la prueba de Kruskal Wallis. El nivel de significación aceptado fue de P<0,05.

Resultados: Participaron 154 estudiantes; 74 (48,1%) de medicina, 59 (38,3%) de INEF y 21 (13,6%) de enfermería; 96 (62,3%) eran mujeres, la media de edad fue de 20,0 (+-2,0) años. Casi una cuarta parte de los estudiantes conviven con el miedo a ganar peso o engordarse (tabla 1), esta situación más frecuente en las mujeres con un 35,4% (p=0,000).

	Hombres n (%)	Mujeres n(5)	Total n (%)
Nunca	35 (60,3)	9 (9,4)	44 (28,6)
Algunas veces	22 (37,9)	53 (55,2)	75 (48,7)
Siempre	1 (1,7)	24 (25,0)	25 (16,2)
Pánico a ganar peso	0 (0,0)	10 (10,4)	10 (6,5)
Total	58 (100,0)	96 (100,0)	154 (100,0)

El miedo se asocia con la percepción del cuerpo gordo (p=0,000), la identificación del cuerpo con una imagen gorda (p=0,022), y con aquellas personas en que las partes de su cuerpo que menos les gustan son el vientre, la cadera o la pierna (p=0,024). En cambio no se observó asociación con la edad, el peso o el índice de masa corporal. El peso en los hombres fue de 71,6 (+-11,8) kg y el peso que les gustaría tener sería de 73,6 (+-8,0) Kg., en las mujeres 56,8 (+-6,8) y 54,7 (+-4,3) Kg. respectivamente.

Discusión: El miedo a engordar o ganar peso relacionado con la percepción de un cuerpo gordo no se corresponde con el índice de masa corporal. El miedo es un fenómeno ligado básicamente al género femenino. El conocimiento de la frecuencia y el patrón del miedo a ganar peso o engordarse son fundamentales en la prevención y el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía:

1. Albert Sobrino S, Alber Sobrino M, Friebel Paradela E. Imagen corporal y Diagnóstico de Enfermería en adolescentes. *Metas de Enfermería*, 2005;8(2):50-57
2. Lameiras Fernández M, Calado Otero M, Rodríguez Castro Y, Fernández Prieto M. Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2003; (1):23-33.
3. Toro Josep. *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Editorial Ariel, S.A. Barcelona 1996

Mesa de comunicaciones 19: Profesión / Gestión**Concurrent session 19: Nursing profession / Management****AUTORES/AUTHORS:**

Ana M^a Porcel Gálvez, Jose Miguel Morales Asencio, Carmen Villaverde Gutiérrez, Francisco Serrano López, Ana López Márquez, Miguel Ángel Caraballo Núñez, Ángela García Román

TÍTULO/TITLE:

NIVEL DE DEPENDENCIA EN CUIDADOS HOSPITALARIOS: VALIDACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE GESTIÓN INICIARE®

JUSTIFICACIÓN:

La contribución enfermera al producto final asistencial es un requisito imprescindible en el proceso de gestión y producción hospitalario¹. Factores como el envejecimiento de la población, la cronificación de procesos, los cambios en las estructuras familiares que disminuyen la disponibilidad de cuidadores informales, los avances científicos y tecnológicos²; producen modificaciones en el ciclo vital, y aumentan los requerimientos de cuidados².

En este sentido, el producto enfermero³, ofrece un producto definido ¿los cuidados de enfermería?, que deben de precisarse de forma nítida a través de una cartera de servicios y una clasificación por entidades asistenciales diferenciales que faciliten la obtención de mediciones. La importancia de definir el producto enfermero obedece por tanto a razones económicas y asistenciales. De manera que la planificación de recursos enfermeros y la asignación en función de las cargas de trabajo, ha sido y sigue siendo un pilar básico en la literatura enfermera y una constante como fuente en la investigación⁴. Esto ha derivado, como se ha puesto de manifiesto durante la conceptualización de esta investigación, que ante la situación de recursos limitados, el equilibrio entre la oferta y la demanda de cuidados se haga cada vez más necesario.

Sin embargo, todos aquellos aspectos cualitativos como pueden ser las actitudes, valores éticos y respuestas humanas en general al no ser objetivables o difícilmente cuantificables son desechados de inmediato⁵. Sin embargo, el cuidado es un fenómeno impregnado de subjetividad que conduce a preocuparse por las experiencias de la otra persona⁶.

Por lo tanto, tener instrumentos que nos permitan dirigir y medir nuestros cuidados, nos permite desarrollar el conocimiento enfermero y que tanto pacientes, profesionales y el propio sistema pueden ser benefactores de ello⁷. ¿El reto en esta cuestión, está en convertir los conceptos en fenómenos. El cuidado como concepto es algo abstracto, mientras que la práctica enfermera como fenómenos son hechos observables?⁸

De forma, que la consolidación del valor terapéutico de los cuidados, se realizará mediante su inserción en un espacio y en un tiempo, y para ello se hacen necesarias unas intervenciones y unos instrumentos que deben de determinar la práctica profesional⁹, conocer estos instrumentos facilitarán una gestión eficaz y eficiente de los servicios enfermeros¹⁰.

A pesar de ello, se han creado numerosas escalas que intentan cuantificar en función de parámetros fisiológicos o técnicos, el trabajo que para el sistema suponen los cuidados que precisan los pacientes, sin tener en cuenta la delimitación de la oferta y la demanda según el Modelo de Práctica Enfermera, ¿muchas intervenciones enfermeras y la práctica de los cuidados se producen de forma individualizada, en una insustituible relación enfermera-paciente, es cierto que se producen en las instituciones "modos de cuidar" o adherencias a determinados estilos de práctica¹¹. Son esencialmente, estas dimensiones estructurales y contextuales de la práctica enfermera las que representa un Modelo de Práctica Enfermera (MPE) ¹². De manera que los MPE van a estar siempre presentes de forma implícita o explícita cuando exista un grupo de enfermeras desempeñando su rol profesional.

OBJETIVO

Con nuestro estudio se pretende construir y validar un instrumento capaz de identificar la demanda de cuidados de pacientes hospitalizados y sus cuidadores mediante la utilización de Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero, orientados desde el modelo conceptual de Virginia Henderson (Escala INICIARE®: INventario del Nivel de Cuidados mediante Indicadores de clAsificación de Resultados de Enfermería).

MÉTODOS E INSTRUMENTOS:

Se han diseñado dos fases en la investigación:

1. Construcción y validez de contenido de la Escala: se diseñaron 14 bloques temáticos de valoración correspondientes con cada una de las necesidades del Modelo Conceptual de Virginia Henderson¹³, cuyos ítems corresponden a indicadores de resultados de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC, 2009)¹⁴ y siete bloques de cuidados cuyos ítems son intervenciones enfermeras descritas mediante la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC, 2009)¹⁵. Posteriormente, mediante técnica de consenso

RAND21 modificada se procedió a la validación de contenido por parte de 22 expertos que desempeñan su labor profesional en la asistencia, universidad y gestión hospitalaria. Cada ítem contó con cinco categorías de respuesta en función de la adecuación del indicador a la necesidad o al bloque de cuidados asignado (De 1: Totalmente adecuado a 5: Inadecuado).

2. Validación clinimétrica: Pilotaje inicial y posterior evaluación de la fiabilidad interobservador y consistencia interna, del instrumento en una muestra de 147 pacientes hospitalizados. Esta fase está actualmente en curso.

RESULTADOS:

Los datos presentados corresponden a esta primera fase y la fase de pilotaje inicial.

1. La tasa de respuesta de los panelistas fue del 100 %. Se necesitaron tres rondas de valoración; en la primera se dio la posibilidad de inclusión de hasta tres ítems adicionales por bloque, a propuesta de cada experto y en la última ronda se empleó, además, la valoración cualitativa de los ítems sobre los que no hubo consenso.

La selección de los ítems se estableció mediante dos criterios: idoneidad por su frecuencia en la práctica diaria [(Frecuente (1-2), Ocasional (3), Raro (4-5)] y nivel de acuerdo entre panelistas [Acuerdo (>p75), Acuerdo parcial (p25-p75) y Desacuerdo (<p25)]. Se descartaron los ítems con criterio de idoneidad por encima de 3 y con acuerdo parcial. Se tomó también como medida de dispersión del acuerdo la existencia de un rango intercuartílico mayor de 3.

De un total de 164 indicadores que componían el instrumento original, tras la fase de consenso, quedaron 89,6% (17 eliminados y 18 nuevos a propuesta de los panelistas).

2. En la fase de pilotaje, aplicada sobre pacientes ingresados en el Hospital se siguieron los siguientes criterios:

? Criterios de inclusión: Pacientes mayores de edad sanitaria y de ambos sexos, ingresados en Unidad Especial y Unidad de Hospitalización de los Hospitales de Andújar y Montilla pertenecientes a la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir.

? Criterios de exclusión: Pacientes de edad sanitaria (<16 años), déficit cognitivo (valorado por el test de cribado de deterioro cognitivo- Test de Pfeiffer versión Española), y mujeres susceptibles del proceso de salud madre-hijo (no se establece ítems en este estudio).

Se ha comprobado que el tiempo para la cumplimentación de esta versión final es de 30 minutos, con una curva de aprendizaje de baja a 15 minutos tras 4 pacientes.

- Análisis de la fiabilidad: coeficiente de correlación no paramétrico rho de Spearman, ya que, aunque se han calculado los coeficientes de correlación intraclass, salvo la necesidad de trabajar y realizarse, el resto no se distribuyen normalmente (importante asimetría negativa).

N=147. Todos los análisis se han limitado al INICARE ?NOC? (los ítems NIC se quedan fuera de este análisis)

- Consistencia interna: La consistencia interna global es buena, por encima de 0,8.

INICIARE del Observador 1: Alfa de Cronbach: 0,877. Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados: 0,894. N de elementos: 14

La necesidad de mantener la temperatura y de vestirse, tienen un comportamiento psicométrico algo irregular en la muestra del observador 1.

INICIARE del Observador 2: Alfa de Cronbach: 0,883. Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados 0,895. N de elementos 14

En la muestra del observador 2 sólo la necesidad de mantener la temperatura se comporta irregularmente.

DISCUSIÓN (IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA):

Los Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero permiten la construcción de instrumentos fáciles de aplicar, destinados a la evaluación de necesidades de cuidados de pacientes hospitalizados, con las potenciales aplicaciones que ello tiene en la toma de decisiones en Gestión de Cuidados (monitorización de necesidades y demanda de cuidados, asignación de recursos, evaluación de la adecuación, etc)

En la Sociedad del Conocimiento en la que vivimos nos obliga a las enfermeras a contribuir con un producto eficiente a la atención

de la salud de la población. Es necesario tomar conciencia de la necesidad de profundizar en la realidad de los cuidados hacia nuestros pacientes, adquiriendo competencias que nos capaciten para desarrollar investigaciones que puedan generar un cuerpo de conocimientos tal que potencie el progreso hacia la adquisición de una oferta de cuidados de calidad.

Por tanto con nuestra investigación pretendemos validar un instrumento estandarizado (Escala INICIARE®), en base al Modelo teórico de Virginia Henderson y a la taxonomía NIC-NOC, para valorar la demanda de cuidados de los pacientes y así contribuir de forma equitativa a la redistribución de los cuidados en función de esas demandas optimizando los recursos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Mompert García MP, Durán Escribano M. Administración y Gestión. 2ª ed. Madrid: Difusión de Avances de Enfermería. 2005
2. Arqueros Pérez F, Fernández Bono R, Galdeano N, García Arrabal JJ, Godoy A, Moreno López JM et al. Unidad de Coordinación Asistencial en el Hospital Torrecárdenas y Comisión de Cuidados de Área Complejo Hospitalario Torrecárdenas- Distrito Almería. Un Servicio a los Ciudadanos Gestionado por Enfermeras. Rev. Alborán de Enfermería. 2003; (2): 1-10.
3. Teixidor i Freixa, M. El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (I). Rol de Enfermería. 2002; 25(4): 14-17.
4. Yarritu Fernández L, Bohígas Santasusagna L. Organización y análisis del trabajo en Enfermería, en Asenjo MA, Bohígas LL, et al.: Gestión diaria del Hospital. Madrid. Interamericana. 136-147. 2000
5. Del Pino Casado, B. De la teoría a la práctica, un camino difícil en enfermería. Excelencia Enfermera (0). 2004. Consultado el 26 de Diciembre de 2008 disponible en http://www.ee.isics.es/servlet/satelite?pagename=ExcelenciaEnfermera/articulo_EE/plantilla_articulo_EE&numRevista=0&idArticulo=1082826113274
6. Mustard LW. Caring and competency. JONA's Healthc Law Ethics Regul. 2002; 4(2): 36-43
7. Watson J. Assessing and measuring caring in nursing and health sciences. New York: Springer Publishing Company. 2001
8. Waltz CF, Strickland OL, Lenz, ER. Measurement in nursing research (2nd ed.). Philadelphia: FA Davis. 1991
9. Acebedo S, Aguarón MJ, Rodero V, Ricoma R. Enfermería Basada en la evidencia: estándares para la práctica clínica. Enfermería Clínica; 1999; 9(4):167-173
10. Arroyo P. Medición del trabajo enfermero. Metas de enfermería. 2006; 9(6):3
11. De Pedro Gómez JE, Morales Asencio JM. Las organizaciones ¿favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia? Index de Enfermería. 2004; (44-45): 26-31.
12. Brennan PF, Anthony MK. Measuring Nursing Practice Models Using Multi-Attribute Utility Theory. Research in Nursing & Health. 2000. (23):372-382
13. Henderson V. La naturaleza de la enfermería. Reflexiones 25 años después. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. 1994
14. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E (eds). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby. 2009.
15. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J (eds). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby. 2009

AUTORES/AUTHORS:

Tinne Dilles, Kateleine Panneels, Robert Vander Stichele, Monique Elseviers

TÍTULO/TITLE:

Barriers to medication safety in nursing homes

OBJECTIVES

In order to improve the safety of pharmacotherapeutic nursing care in nursing homes, causes and risk factors for medication errors or suboptimal pharmacotherapy need to be identified. The aim of this study was to identify and quantify the barriers which nurses in nursing homes experience in pharmacotherapeutic nursing care.

METHOD

The mixed-method study started with an expert meeting in November 2008 to identify barriers which nurses in nursing homes experience in pharmacotherapeutic nursing care. A letter was sent to 25 nursing homes, asking them to participate in the expert meeting, resulting in 12 participating nurses of 6 different nursing homes. Participants were divided into three groups to brainstorm about barriers that might cause suboptimal pharmacotherapeutic nursing care. In each group, a moderator guided the discussion on the hand of a scheme of the medication process. Afterwards results of the different groups were presented for the whole group, leaving the opportunity for discussion or remarks.

Based on the results of the qualitative part of the study, a questionnaire was developed to have a large number of nursing home nurses appraise the relevance of the barriers on a continuous 10 point scale, varying from 'no barrier' to 'strong barrier'. The goal was to include 3 to 4 nursing homes with more than 60 beds per Flemish province. Initially, in January 2009, per province six nursing homes were randomly selected and contacted. To reach the goal, three more nursing homes were selected in February 2009. Because of the involvement of nurse assistants in medication care in nursing homes, they were included in the research population. Subjects with less than six months experience or insufficient understanding of Dutch were excluded. All data were anonymously collected and analyzed using SPSS 16.0. A p-value <0.05 was considered significant.

RESULTS

The expert meeting resulted in a large list of barriers spread over the whole medication process, from receiving the prescription till the monitoring and reporting of effects and side-effects. The barriers could be divided into four main categories: barriers related to the nurse, related to interdisciplinary cooperation, related to organizational culture, related to the organizational structure and related to the patient and the family.

A total of 245 nurses and 263 nurse assistants, employed in 20 nursing homes scored the relevance of the barriers. Barriers appraised as important were: 'being interrupted during the preparation of medication?', 'a lack of knowledge on interactions between medication and food?', 'limited communication with physicians about therapeutic effects and side effects?', 'a lack of knowledge about side-effects' and 'not having the time to monitor effects?'. The barriers experienced were related to job characteristics (i.e. fulltime ? part-time; private- public; opportunities for extra training).

DISCUSSION AND IMPLICATIONS FOR PRACTICE

The study resulted in a detailed overview of barriers to medication safety in nursing homes, experienced by nurses. The results per nursing home can make tailored interventions possible. The overall results will be used as a solid base to develop a work package, including educational and electronic support, to improve medication safety in all nursing homes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

-

Mesa de comunicaciones 20: Promoción de la salud**Concurrent session 20: Health promotion****AUTORES/AUTHORS:**

Solanger Hernández Méndez

TÍTULO/TITLE:

ACTIVIDADES DE LA ENFERMERA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación que existe entre las Actividades de la Enfermera en la Promoción de la Salud y Prevención de las Enfermedades referida a los factores: Educación para la Salud e Inmunizaciones y la Satisfacción de los Usuarios del Ambulatorio Urbano tipo I ?Canaima? en cuanto a sus factores: Expectativas y Necesidades de salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar la relación que existe entre la Actividades de la Enfermera en la Promoción de la Salud y Prevención de las Enfermedades referida al factor Educación para la Salud y la Satisfacción de los Usuarios del Ambulatorio ?Canaima?, en cuanto a su factor Expectativas.

Determinar la relación que existe entre la Actividades de la Enfermera en la Promoción de la Salud y Prevención de las Enfermedades referida al factor Educación para la Salud y la Satisfacción de los Usuarios del Ambulatorio ?Canaima?, en cuanto a su factor Necesidades de Salud.

Determinar la relación que existe entre la Actividades de la Enfermera en la Promoción de la Salud y Prevención de las Enfermedades referida al factor Inmunizaciones y la Satisfacción de los Usuarios del Ambulatorio ?Canaima?, en cuanto a su factor Expectativas.

Determinar la relación que existe entre la Actividades de la Enfermera en la Promoción de la Salud y Prevención de las Enfermedades referida al factor Inmunizaciones y la Satisfacción de los Usuarios del Ambulatorio ?Canaima?, en cuanto a su factor Necesidades de Salud.

MARCO METODOLÓGICO**Diseño de la Investigación**

Se realizó un estudio de tipo ex post-facto correlacional descriptivo, el cual permitió establecer la relación entre las dos variables Actividades de la Enfermera en la Promoción de la Salud y la Prevención de las Enfermedades en sus factores: Educación para la Salud e Inmunizaciones y la Satisfacción de los Usuarios en sus factores: Expectativas y Necesidades de Salud. De acuerdo con la secuencia del estudio es ex postfacto, en virtud de que a ambas variables le serán recolectados los datos del estudio simultáneamente en un momento dado.

Población

La población estudiada estuvo conformada por 292 usuarios que asistieron a los servicios del Ambulatorio ?Canaima? durante una semana a la Consulta de Atención Integral, lo cual representó el 100% de la misma.

Muestra

Estuvo conformada por 97 usuarios, que representó el 33.3% de los usuarios que asistieron a la Consulta de Atención Integral en el lapso de una semana. En virtud de ello, la selección de la muestra se realizó mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple, para lo que se le asignó un número a cada usuario al ingresar al ambulatorio y se seleccionaron uno de cada tres usuarios, que reunieron las características de saber leer y escribir, hablar el idioma castellano y estaban orientados en tiempo y espacio.

Instrumento

Se realizó un cuestionario estructurado en tres partes: donde se recogieron datos demográficos como edad, sexo, servicio al que acudió al ambulatorio, y proximidad de la comunidad en la que habitaban los usuarios con el centro de salud donde se realizó el estudio. La parte I fue para conocer la primera variable mencionada y la Parte II, para estudiar la segunda variable señalada. El instrumento estuvo conformado por 51 ítems. La escala que se utilizó para la elaboración del instrumento, fue la de tipo dicotómica, con dos opciones señaladas como si y no.

Validación del Instrumento

Se realizó una prueba piloto del instrumento con la finalidad de evaluar la confiabilidad del mismo, aplicándose el instrumento a diez

usuarios con características similares a los del estudio que asistían al Ambulatorio Urbano Tipo I "La Florida" el cual es un centro de salud con características similares al centro donde se realizó la investigación.

Por otra parte, el análisis de confiabilidad fue realizada por un experto estadístico, quién le aplicó a los datos la prueba de Kuder Richardson 20 (KR 20) de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$KR 20 = (n/n-1) * (1 - (\text{suma de las varianzas de los items} / \text{varianza de la prueba}))$$

$$KR 20 = (51/50) * (1 - (4,44 / 40,6222222)) = 0,90.$$

Observándose así, al sustituir los valores, se obtiene que la confiabilidad es igual 0,90 cuyo valor, según señala el estadístico, es excelente y puede, por lo tanto, utilizar el instrumento para la recolección de la información al grupo en estudio.

Técnica de Análisis de los Datos

Las pruebas estadísticas que se utilizaron en el análisis de los datos fueron las siguientes:

• Se utilizó la Prueba de Kuder Richardson 20 (KR 20) para realizar la Confiabilidad del Instrumento.

• El porcentaje como estadígrafo de intensidad para medir el nivel de ubicación de las respuestas emitidas por los elementos muestrales, en ambas variables.

• El Coeficiente de Correlación de Pearson para establecer las relaciones estadísticamente significativas entre los factores e indicadores de las variables a estudiar y comprobar las hipótesis formuladas.

Para ello se realizó el procesamiento de la información comenzando por las características del grupo de usuarios entrevistados, las cuales se presentan en cuadros de asociación (edad y sexo) y de distribución de frecuencias (localización).

Posteriormente, se procesó la información de los factores y variables, según los niveles porcentuales de opinión y de satisfacción (según el enunciado de las preguntas realizadas) alcanzados de acuerdo a los items del cuestionario contestado, que tenía dos posibilidades de respuesta (SI y NO). Los niveles usados fueron BAJA, INTERMEDIA y ALTA.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre las actividades de la Enfermera en la Promoción de la Salud y la Prevención de las Enfermedades referida a los factores: Educación para la Salud e Inmunizaciones y la Satisfacción de los Usuarios del Ambulatorio Urbano tipo I "Canaima", en cuanto a su factores: Expectativas y Necesidades de Salud. El objetivo general y los objetivos específicos, así como, las hipótesis formuladas orientaron el desarrollo de la investigación, de todo lo cual se plantean las siguientes conclusiones:

1. De los 97 usuarios que conformaron la muestra del estudio el 84.5% pertenecían al sexo femenino y los del sexo masculino alcanzó un 15.5% y dentro de los grupos etarios, el grupo comprendido entre 15 a 25 años estuvo representado por un 66.0%, el grupo de 26 a 35 años por un 22.7%, el de 36 a 45 años por el 7.2% y el grupo de 55 ó más por un 4.1%.
2. En cuanto a la localización de la residencia de los 97 usuarios encuestados, el porcentaje más alto fue de 67.0% correspondiente a los que viven más cercano al ambulatorio, siendo esto lo esperado, por la facilidad de la movilización que la cercanía les permite.
3. En la relación entre los factores en estudio: Educación para la Salud de la primera Variable y Necesidades de Salud de la segunda Variable que corresponden a la primera Hipótesis del Estudio, se obtuvo como resultados estadísticos una correlación baja en ambos factores en un 87.2%; individualmente Educación para la Salud tuvo 80.4% y Necesidades de Salud un 77.3%. Esta Hipótesis fue confirmada por el resultado del Coeficiente de Correlación de Pearson que fue de 0.595 positivo, lo cual indica una relación estadísticamente significativa. En otras palabras, si la opinión de los usuarios sobre la actividad de la enfermera en la Educación para la Salud es baja, esto guarda relación con la baja satisfacción de los usuarios de sus Necesidades de Salud.
4. Los datos del estudio revelan que la relación entre los factores Educación para la Salud de la Variable 1 y las Expectativas de la Variable 2, correspondiente a la segunda hipótesis específica planteada, demuestran como resultados estadísticos una baja correlación en ambos factores con un 91.0%, donde individualmente Educación para la Salud tuvo 80.4% y Expectativas un 87.6%. Por lo tanto, esta hipótesis fue confirmada por el resultado del Coeficiente de Correlación de Pearson el cual fue de 0.413 positivo, lo que indica una relación estadísticamente significativa. Es decir, que si la actividad de la Enfermera en Educación para la Salud es de

baja opinión, esto guarda relación con la baja satisfacción de los usuarios en lograr sus Expectativas.

5. Los resultados del estudio muestran que entre el factor Inmunizaciones de la primera variable y el factor Necesidades de Salud de la segunda variable, correspondientes a la tercera hipótesis de la investigación, alcanzando en la relación de ambos un 79.3% en el nivel de baja satisfacción. Para Inmunizaciones, el resultado fue de 94.8% y para Necesidades de Salud 77.3%. Confirmándose ésta hipótesis por el valor obtenido del Coeficiente de Correlación de Pearson que fue de 0.253 positivo indicando con este resultado, una relación estadísticamente significativa entre ambos factores. Por lo tanto, si la actividad de la enfermera en cuanto a Inmunizaciones es baja, esto guarda relación con la baja satisfacción de los usuarios con sus Necesidades de Salud.

6. En lo referido a la relación de las Inmunizaciones de la primera variable con las Expectativas de la segunda variable de la hipótesis específica N° 4 del estudio, se encontró un valor de relación baja para ambos factores de 88.0%, donde Inmunizaciones obtuvo un 94.8% y Expectativas alcanzó un 86.6%. Esta hipótesis fue confirmada por el Coeficiente de Correlación de Pearson que alcanzó a 0.205 positivo, representando este valor una relación estadísticamente significativa entre ambos factores de ambas variables; lo cual significa que si las inmunizaciones como actividad de la enfermera es baja, la relación con la baja satisfacción de los usuarios con sus expectativas es evidente.

7. Se conformó que existe relación estadísticamente significativa entre las Actividades de la Enfermera en la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad y la Satisfacción de los Usuarios, a través del nivel de baja opinión y baja satisfacción con un 90.2%, donde la primera variable sobre actividades de la enfermera obtuvo 84.5% de baja opinión y la segunda variable sobre satisfacción de los usuarios alcanzó 86.6% en el nivel de baja satisfacción; lo cual demuestra que hay un nivel de asociación de igual nivel entre ambas variables, que viene a definir esa asociación por el valor obtenido del Coeficiente de Correlación de Pearson de 0.566 positivo, confirmando así, la existencia de una relación estadísticamente significativa entre las dos variables estudiadas.

Por lo tanto, se confirman la Hipótesis general y las Hipótesis Específicas formuladas en la presente investigación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- ALDANA Jorge. y PIECHULEK H. (2001), Client satisfaction and quality of health care in rural Bangladesh. Bulletin of the World Health Organization. 79 (6) 512-517. CAMPOS, María. (1994). Utilización del Recurso Enfermero en Atención Primaria. Instituto Catalán de la Salud. Madrid. España. CANHOTO, Sueli. (1998). Oportunidades Perdidas de Vacunación: Un indicador de la Asistencia Integral a la salud del Niño. Trabajo de Grado. Maestría en Enfermería Comunitaria. Universidad de Ribeirao Preto. Brasil. CORBELL, Adolf. y SATURNO P. (1992): Introducción al concepto y dimensiones de la calidad asistencial: cómo empezar. Instituto Nacional de Salud. Secretaria General. Madrid. 123-9. CORBELL, Adolf. (1990): La garantía de la calidad en atención primaria de salud. Instituto Nacional de Salud. Secretaria General. Madrid. 397-9. GALICIA, A. (2000). Actitudes de la Enfermera Intensivista y Satisfacción de familiares de personas Hospitalizadas en una Unidad de Cuidados Intensivos. Trabajo Especial de Grado. Maestría en Enfermería. Mención Administración de los servicios de Enfermería. Área de Estudios de Postgrado. Valencia. Venezuela. GARCÍA, Alberto y col. (1998). Calidad y satisfacción en los Servicios de atención Primaria Esenciales y periféricos. Unidad de Psicología Comercial. Universidad de Santiago. Universidad de Oviedo. España. GAVIRIA, Dora. (1999) Modelo de Participación de Enfermería en Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia. Colombia. GOOD, Cole (1981) Dictionary of Education. McGraw Hill Co. New York. GONZÁLEZ, Pastor. y col. (1998) Satisfacción de los Usuarios de Atención Primaria. Revista Atención Primaria. Vol. 22, N° 8, 15 de Noviembre de 1998. España. GREENE, Walter. y SIMONS-MORTON, B. (1988) Educación para la Salud. Interamericana. México. FALLIS, Willis y CHEWITT, M. (1997). The Parent Comment Line, an Innovative and Unique Tool in the evaluation of Patient satisfaction. The Journal of Nursing Administration. October, Vol. 27. N° 10 (49). FORD MOTOR COMPANY (1997). Satisfacción Total del Cliente. Unidad de Excelencia en Atención y Servicios. Valencia. Venezuela. HOROVITZ, J. (1993). La Satisfacción Total del Cliente. Mc Graw Hill/Interamericana. España. ISAAC J. y CASTRO D. (1984). Educación para la Salud, importante disciplina en los programas de Salud Pública. Caracas.

M.S.A.S.

AUTORES/AUTHORS:

Mercedes Camino Gómez, Ana M^a Alonso Martín, Alicia Fernández Gonzalo, Isabel Alonso Diego, Sagrario Pinilla González-Gallego, Francisco López de Castro

TÍTULO/TITLE:

CÁNCER DE MAMA Y ATENCIÓN PRIMARIA

INTRODUCCIÓN

Actualmente, el cáncer de mama (CM) es el tumor maligno más frecuente entre las mujeres de todo el mundo y la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres de los países desarrollados. En España, cada año se diagnostican unos 16.000 casos nuevos y fallecen 6.000 mujeres¹. Además, el CM repercute en múltiples aspectos de la vida de la mujer (físico, psicológico, social, familiar, laboral), afectando enormemente su calidad de vida².

Estos datos hacen del CM un problema de Salud Pública de primer orden, lo que dio origen en 1990 a la implantación progresiva de un programa de cribado mamográfico en España. Aunque algunas revisiones recientes ponen en duda su utilidad, diversos estudios han comunicado reducciones de la mortalidad por CM entre el 30 y el 50%, por lo que el cribado poblacional del CM mediante mamografía es actualmente la mejor estrategia para su control³.

La efectividad de estos programas de cribado depende de la cobertura que consigan alcanzar; este es uno de los puntos donde la Atención Primaria de Salud (APS) puede desempeñar un papel primordial⁴, pero no el único. Algunos aspectos como la educación sanitaria, promoviendo un estilo de vida favorable a la prevención del CM⁵, el fomento de los exámenes periódicos⁶, la actuación del personal sanitario de APS ante la primera consulta por una sospecha de patología mamaria, la valoración de los cuidados postalta hospitalaria o la atención al estado psicológico de la mujer superviviente son labores a realizar también en nuestro ámbito.

OBJETIVOS

Este estudio pretende describir las actividades relacionadas con la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en nuestra Área de Salud y el papel de la APS en dicho proceso. Además, pretendimos conocer las sensaciones y vivencias de las mujeres supervivientes y su opinión sobre la atención prestada por nosotros.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo, realizado mediante entrevista personal.

La población del estudio han sido las mujeres supervivientes, diagnosticadas de CM en los últimos 15 años, de las zonas de salud de Añover de Tajo, Noblejas y Esquivias, en el nordeste de la provincia de Toledo.

La fuente de información ha sido las historias clínicas de los centros de salud citados. Una vez identificadas, se contactó telefónicamente con ellas y se les solicitó su colaboración, citándoseles para mantener con ellas una entrevista.

Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario semiestructurado, elaborado ad hoc, que contenía los siguientes ítems:

 Datos socio-demográficos: edad, estado civil, situación laboral

 Factores de riesgo de CM: antecedentes familiares, edad de la menarquia, antecedentes personales de obesidad, toma de anticonceptivos, nº de hijos, lactancia materna, edad de la menopausia.

 Hábitos preventivos previos: autoexploración mamaria (AEM), examen clínico periódico, cribado con mamografía.

 Datos del diagnóstico: edad, modo (hallazgo propio, exploración médica, cribado mamográfico), ámbito (medicina privada, atención primaria, atención especializada)

 Tratamiento: cirugía, reconstrucción, quimioterapia, hormonoterapia, radioterapia.

 Revisiones periódicas (nivel asistencial).

• Complicaciones.

• Repercusión personal: necesidad de ayuda psicológica, toma de antidepresivos, autovaloración.

• Repercusión familiar (pareja, hijos), social y laboral.

• Percepción del apoyo prestado desde su Centro de Salud, diferenciando médico de familia y enfermera.

Los datos fueron introducidos en una base del programa SPSS 12.0 para su tratamiento estadístico.

RESULTADOS

La muestra final la formaron 84 mujeres entrevistadas, con una edad media de 57,3 años (rango entre 36 y 85 años). Estaban casadas o emparejadas el 81,0%; con hijos el 94,0%. El 58,3% no había tenido ninguna actividad laboral remunerada.

Respecto a su historia ginecológica, la edad media de la menarquía era de 12,9 años (DE 1,7), la edad del primer embarazo de 23,4 (DE 3,8) y la de la menopausia de 46,7 (DE 5,4). El 23,8% refirieron toma de anticonceptivos orales previos y un 13,6% declararon no haber realizado lactancia materna. El 17,9% tenían antecedentes familiares de CM y el 26,2% antecedentes personales de obesidad.

Respecto a los hábitos de cribado previos al diagnóstico del CM, el 38,6% de las entrevistadas afirmaron realizarse exámenes clínicos periódicos; de ellas, el 21,9% lo hacía en Atención Primaria. Autoexploración mamaria (AEM) la realizaban el 39,3%, habiendo sido previamente adiestradas el 63,6% de ellas, y despistaje mamográfico el 75,0%, siendo el 59,4% de las mismas realizada en el programa de screening de CM de Castilla La Mancha.

La edad media al diagnóstico fue de 50,6 años (rango entre 31 y 81). En la mayoría de los casos (59,5%) el diagnóstico fue por hallazgo de la mujer, siendo el 32,1% por la mamografía de screening y el 8,3% por hallazgo médico. Sólo en el 1,2% de los casos el diagnóstico le fue comunicado por su médico de familia.

El 53,0% de las mujeres sufrió una mastectomía total y el 47,0% parcial. Al 21,4% se les hizo reconstrucción mamaria. El 67,9% recibió quimioterapia, un 59,5% radioterapia y el 46,4% hormonoterapia.

Un 76,2% refiere haber tenido alguna complicación, siendo la más frecuente la alopecia (50,0%). Han padecido linfedema el 27,4%. Igual porcentaje requirió ayuda psicológica (solamente prestada por AP en el 15,8% de estos casos), precisando antidepresivos un 20,3%.

En lo referente a la repercusión que la enfermedad ha tenido en las mujeres, un 13,1% reconoce problemas de autoimagen, un 11,7% dificultades a nivel afectivo con sus parejas y un 27,3% afectación de su vida sexual. Un 7,6% refieren repercusión negativa en la relación con sus hijos. La afectación de la vida social y laboral se da en el 7,1 y 22,6% de las entrevistadas, respectivamente. En esta diapositiva podemos leer algunas de las expresiones que resumen la vivencia de las mujeres entrevistadas y que dan fe de la experiencia angustiosa que supone el diagnóstico de cáncer: << ¿Por qué me ha tenido que tocar a mí?? >> << ¿Cuánto tiempo me queda? >> << Mi madre murió de lo mismo? >> << Se te viene el mundo abajo. >> << Creía que era el final. >> << Me dije, ¡voy a salir de esto! >> << Les pedía que me lo quitaran ya. >>.

Es difícil describir las sensaciones que nos transmitieron las mujeres entrevistadas, todas tenían muchas ganas de vivir, se sentían bien y nos dieron muestras de un gran coraje y fuerza. Para algunas mujeres, la vida después del cáncer de mama es distinta, incluso mejor, tanto para ella como para los de su alrededor.

Respecto al apoyo percibido desde el centro de salud, un 30,0% dice sentirse ?poco? o ?nada? apoyada por su médico de familia. Esa proporción desciende al 21,8% en el caso de su enfermera, aunque las diferencias no son significativas.

DISCUSIÓN

Queremos destacar y agradecer la gran disponibilidad a participar de la mayoría de las mujeres y su alto grado de participación durante la entrevista.

? El 17,9% de las entrevistadas referían antecedentes familiares de CM, frente al 11,4% de la población femenina de Castilla-La

Mancha⁷.

? Alto porcentaje de mujeres, casi un 40%, que se realizaba AEM, a pesar de ser una prueba de cribado no recomendada⁸⁻¹⁰. Creemos que debemos revisar las recomendaciones que damos a las mujeres, a la luz de las evidencias actuales que hablan de que la AEM puede causar más daños que beneficios¹¹.

? Nuestra cobertura de mamografía es casi idéntica a los datos de Castilla-La Mancha de 2006 referidos a mujeres entre 45 y 64 años⁷.

? La mayoría de los casos salieron a la luz por hallazgos propios de la mujer, lo que hace que debemos cuestionarnos globalmente la efectividad y la eficiencia de los métodos de cribado actuales. Hasta entonces, puede que una actitud prudente sea recomendar a las mujeres la ?vigilancia? ?que no autoexploración- de sus mamas y la consulta a su médico de cualquier hallazgo o síntoma^{6,11}.

? Respecto al linfedema, el porcentaje de mujeres que dice haberlo padecido (27,4%) es muy superior a la prevalencia a 5 años estimada en una reciente revisión¹², que oscila entre el 5 y el 16% según la técnica quirúrgica, pero es difícil la comparación por la diferente metodología, intervalo de seguimiento y ámbito de los estudios.

? El impacto de la enfermedad en la vida de la mujer es tremendo, afectando no sólo a nivel físico y psicológico sino afectivo, familiar y sociolaboral. Para muchas mujeres, el CM supone un cambio radical en su vida. Dentro de estas importantes repercusiones es significativo las dificultades referidas en su vida de relación de pareja.

? La participación de AP en el proceso preventivo-diagnóstico-terapéutico del CM es casi anecdótica: sólo el 8,4% de las mujeres son exploradas periódicamente en AP, rara vez el diagnóstico es hecho y comunicado por el médico de familia y no tenemos constancia de que haya habido alguna revisión post-tratamiento en nuestro ámbito. Aunque algunos de estos hechos puedan ser comprensibles, no deja de ser decepcionante el papel de la AP en la atención al CM.

? A pesar de ello, la mayoría de las pacientes se sienten relativamente apoyadas por sus sanitarios de AP, algo más por la enfermera que por el médico de familia.

? La mayor incidencia de CM y la reducción de la mortalidad implican un aumento del número de mujeres supervivientes (en nuestro país, el 78% de las mujeres que padecen CM sobreviven ya más de 5 años¹) por lo que creemos que se debe prestar más atención a este problema desde AP. La proximidad y la accesibilidad que brinda la AP a la población, permite desarrollar de manera eficiente diversas medidas dirigidas a prevenir la aparición de CM y a mejorar la calidad de vida de las supervivientes:

 Educación sanitaria, fomentando un estilo de vida saludable (ejercicio físico, reducción de consumo de alcohol y grasas saturadas) y la lactancia materna¹³⁻¹⁵.

 Promover la participación de la mujer en las campañas de cribado.

 Examen mamario periódico en mujeres de riesgo elevado¹⁶.

 Recomendar a las mujeres la ?vigilancia? de sus mamas y la consulta a su médico ante cualquier hallazgo.

 Mejorar la coordinación con el nivel hospitalario.

 Seguimiento compartido con atención especializada de la paciente, vigilando la aparición de complicaciones y efectos secundarios.

 Prestar un mayor apoyo psicológico a las mujeres diagnosticadas de CM, ahorrando miedos y ansiedades innecesarias, escuchando activamente y resolviendo sus dudas en todos los contactos que éstas realicen con AP.

La mayoría de estas medidas podrían ser desarrolladas por las enfermeras de los centros de salud, especialmente cualificadas para informar, educar, valorar necesidades, apoyar y servir de enlace entre el paciente y otros profesionales, en un ámbito muy propicio para el entendimiento mutuo entre enfermera y paciente. En algunos países (UK, EEUU, Australia o los países escandinavos) ya existe la ?enfermera especialista en mama?.

En nuestro país aún queda mucho por hacer para atender las necesidades de las mujeres con CM; los profesionales de AP debemos preguntarnos qué podemos hacer por ellas? y hacerlo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Asociación Española contra el Cáncer. El cáncer de mama en cifras. [Actualizado el 25/07/2007]. Disponible en: <http://www.todocancer.com>. [consultado el 20/07/2009]
2. Cheng K, Thompson D, Ling WM, Chan C. Measuring symptom prevalence, severity and distress of cancer survivors. *Clin Eff Nurs*. 2005;9:154-60.
3. Perry N, Broeders M, De Wolf C et al. European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis. 4th ed. Luxembourg: Office for Official Publications of The European Communities; 2006.
4. Borrás JM, Espinás JA. Atención Primaria y cribado de cáncer de mama. *Aten Primaria*. 1999;24:1-2.
5. Hankinson SE, Colditz GA, Willett WC. The lifelong interplay of genes, lifestyle and hormones. *Breast Cancer Res*. 2004;6:213-8.
6. Marzó-Castillejo M, Alonso-Coello P, Nuin-Villanueva MA. ¿Cuándo comenzar el cuidado del cáncer de mama? *Aten Primaria*. 2004;33(2):99-103.
7. Encuesta de Salud de Castilla-La Mancha 2006. Albacete: Consejería de Sanidad, 2007.
8. Marzo Castillejo M, Bellas Beceiro B, Nuin Villanueva M, Cierco Peguera P y Moreno Baquerano M. Estrategias de prevención del cáncer. *Aten Primaria*. 2007;36(Supl 3):47-66.
9. U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services, 2008. Disponible en: <http://www.ahrq.gov> [consultado el 10-08-2008]
10. Kösters JP, Gøtzsche PC Autoexamen o examen clínico regular para la detección precoz del cáncer de mama (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
11. McCready T, Littlewood D, Jenkinson J. Breast self-examination and breast awareness: a literature review. *J Clin Nurs*. 2005;14(5):570-8.
12. McLaughlin SA, Wright MJ, Morris KT, Girón GL, Sampson MR, Brockway JP et al. Prevalence of lymphedema in women with breast cancer 5 years after sentinel lymph node biopsy or axillary dissection: objective measurements. *J Clin Oncol*. 2008;26:5213-19.
13. Cancer Research UK. Breast Cancer ? UK. May 2009. Disponible en: <http://info.cancerresearchuk.org> [consultado el 16-08-09]
14. Holmes MD, Chen WY, Feskanich D, Kroenke CH, Colditz GA. Physical activity and survival after breast cancer diagnosis. *JAMA*. 2005;293(20):2479-86.
15. Albert US, Altland H, Duda V, Engel J, Geraedts M, Heywang-Köbrunner S et al. 2008 update of the guideline: early detection of breast cancer in Germany. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2009;135:339-354.

AUTORES/AUTHORS:

Ana Crespo Alonso

TÍTULO/TITLE:

Perfil del viajero internacional: Centro de Vacunación Internacional de Vigo

OBJETIVOS

Caracterizar a los viajeros que acuden al CVI, determinando:

- 1-Vacunación previa, recomendada y administrada según las características personales y de viaje.
- 2-Tratamientos antipalúdicos más frecuentemente prescritos y el grado de cumplimiento de la vacunación.

MÉTODO

Es un estudio retrospectivo descriptivo transversal.

La recogida de datos se realizó mediante el cuestionario previo a la partida (similar al publicado por la OMS en el libro Internacional Travel and Health⁴ con algunas modificaciones) y el Sistema de Información SISAEX IV de Sanidad Exterior que registra la información relativa a cada viaje, viajero y antecedentes vacunales de la persona consultada.

Los datos recogidos corresponden a los viajeros que acudieron al CVI para consulta sobre su viaje durante los meses de junio, julio y agosto de 2008. La muestra inicial era de 869 viajeros, pero se redujo a 506 debido a los criterios de exclusión.

Las variables estudiadas se dividieron en tres bloques:

- ?Características sociodemográficas: edad, sexo, provincia de residencia, país de origen.
- ?Características del viaje: primera consulta por viaje internacional, intervalo entre consulta/viaje, tiempo de estancia, tipo de viaje (urbano, rural, marino), motivo de viaje (turismo, adopción, profesional, familiar, cooperación y otros), zona de viaje (se dividió el mundo en 11 regiones), países visitados y antipalúdicos recomendados.
- ?Características vacunales: vacunación previa, nº de vacunas recomendadas, vacunas recomendadas, nº de vacunas administradas, vacunas administradas.

Se consideró viaje rural aquel que en algún punto de su desarrollo tocara una zona rural. Viaje urbano es el que sólo incluye ciudades y marino el de los trabajadores cuya estancia se desarrolla en alta mar.

Se ha valorado la existencia de vacunas previas, prescritas y administradas de Hepatitis A (HA), Hepatitis B (HB), Hepatitis A+B (HA+B), Tétanos- difteria (Td), Fiebre Amarilla (FA), Fiebre Tifoidea inyectada (Typhim), Fiebre Tifoidea oral (Vivotif) y Meningitis Tetravalente (MT).

En la vacunación previa de HA, HB, HA+B, y Tétanos- difteria (Td) se consideró vacunación completa a aquellos que tenían administradas 2 dosis, 3 dosis o a una dosis de refuerzo en los 15 años inmediatamente anteriores (sólo para Td) respectivamente. En el caso de FA, Typhim, Vivotif y MT se consideró como no vacunado a aquel viajero cuya vacunación previa se estima caducada (FA caducidad de 10 años, Vivotif 3 años, Typhim 2 años y MT 5 años respectivamente). Se valoró también la vacunación frente a Encefalitis Japonesa (EJ), Encefalitis Centroeuropea (EC), Polio (se considera vacunación previa aquella dosis administrada que no pertenezca al calendario de vacunación sistemática infantil), Rabia y Cólera oral (Dukoral).

La vacunación de Dukoral y Vivotif se ha considerado administrada en los casos en los que se recetó la vacuna, a pesar de no tener la certeza de si los viajeros siguieron las indicaciones de cómo tomarlas o de si realmente las habían tomado.

?Análisis estadístico

Se empleó programa estadístico SPSS 15.0 y Excel 2003. Las variables cuantitativas se han descrito por la media y desviación estándar y las cualitativas mediante frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

?Características de la población

La media de edad de la población es de 35,02±12,16, y el rango oscila entre los 2 y 87 años

Tabla 1. Distribución por Edad y Sexo

	0-15	16-30	31-40	41-50	51-60	>61	Total
Mujer	1,8%	17,4%	16,2%	7,5%	2,6%	1,2%	46,6%
Hombre	3,2%	13,0%	20,2%	11,1%	4,3%	1,6%	53,4%
Total	4,9%	30,4%	36,4%	18,6%	6,9%	2,8%	100,0%

El 95% son españoles, el 3% europeos, y un 1% son originarios de Sudamérica y continente africano. El 94% de los viajeros residen en la provincia de Pontevedra.

?Características del viaje.

El 84% (n=424) nunca había asistido a un centro de vacunación, bien porque no habían viajado previamente o porque habían viajado sin requerir consejo médico. El motivo de viaje más frecuente es el turismo con un 65% (n=334) seguido del profesional con un 18%(n=89). El 59% (n=300) de los viajeros acudieron a la consulta con menos de 30 días de antelación incluido un 10% (n=50) que consultó con menos de 7 días de antelación. El motivo profesional es el de menor antelación a la consulta, de modo que el 16% (n=77) consultaron con < de 30 días y un 7%(n=35) con <7 días. Asimismo destaca que los viajes profesionales son en un 15% (n=77) para los hombres frente a 2%(n=12) para las mujeres.

El tipo de viaje más frecuente es el rural con un 61% (n=309), seguido del urbano con el 31% (n=156), y del marinero con un 8% (n=41), el cual es realizado en un 95% por hombres.

El tiempo de estancia más habitual oscila entre los 7-14 días con un 37% (n=188) y los 15-30 días con un 40% (n=203). Para los que viajan por turismo, el tiempo de estancia más habitual es de 7-14 días (35%, n =175) y 15-30 (26%,n=131), para los que lo hacen por trabajo está repartido entre todos los intervalos, aunque el 11% tiene estancias superiores a 1 mes y los de adopción y familiar el tiempo de estancia más habitual es de 15-30 días con un 6%(n=29) y un 4% (n=20). Cabe destacar que las estancias más largas corresponden a viajes profesionales realizados por hombres.

La media de países visitados es de 1,32 ± 0,583. La mayoría de viajeros visitó un solo país (73%, n=371), dos países los visitaron un 22% (n=109) y tres o más un 5% (n=23). Las zonas más visitadas fueron el África subsahariana (34%), seguida y Centroamérica y Caribe (17,6%), Sudeste asiático y Sudamérica con 13,6% cada uno. India fue el país más visitado con un 9,7% (49). Le siguen Tailandia (7,9%, n=40), Kenia (6,3%, n=32), República Dominicana (4,9%, n=25) y Brasil (4,9%, n=25). La Atovacuna-Proguanil (Malarone) fue la profilaxis antipalúdica más recomendada (30% n=153), seguido de la Cloroquina con un 15% (n=74). En un 34%(n=170) de los casos se recomendó sólo repelente por ser zonas de bajo riesgo o como medida de prevención frente a la picadura de otros artrópodos transmisores de enfermedades (Dengue, Chikungunya?)

?Vacunación

Tabla 2 VACUNACIÓN en %

Previa* Reco* Adm* Receta

FA 9,5 39,3 37,5 -
 Typhim 7,1 13,2 12,5 -
 Vivotif 3,4 38,5 29,6 6,9
 HA 4,2 37,2 35,4 -
 HB 24,9 37,2 24,1 -
 H AB 4,2 23,3 21,2 -
 Td 57,7 47,4 39,7 -
 MT 2 0,6 0,6 -
 Dukoral 1 74,7 9,1 63,8
 Polio 5,3 0,8 0,8 -
 E C 0,2 0,6 0,6 -
 Rabia 0,2 - - -
 EJ 0,2 - - -

*Reco:recomendada *Adm:administrada

El mayor porcentaje de vacunación previa completa es para la combinada Td, pero a pesar de la distribución mundial de la enfermedad, hay un 33,8% (n=171) de personas que no están vacunadas contra el tétanos, siendo el 23,1% del total los comprendidos entre los 31 y 50 años.

Las tasa de vacunación frente a Hepatitis B es de un 24,9% (n=126), correspondiendo al grupo entre 16-30 años el 11,3% (n=57) de los vacunados y a grupos de edad más joven el mayor porcentaje de vacunación.

La media de vacunas recomendadas es de 3,12±1,390. El mayor porcentaje de vacunaciones recomendadas fue de tres vacunas 27,9% (n=141), seguido de cuatro vacunas en el 23,3% (n=118) y de dos vacunas con el 18,6% (n=94).

Es importante destacar que a menor intervalo consulta/viaje, menor número de vacunas recomendadas y administradas y viceversa. De manera que a los que asisten con < 14 días (25,1%, n=127) se le recomendaron y administraron principalmente una o dos vacunas entorno al 13% (n=64) y a los que asisten con >15 días se le recomiendan y administran en su mayoría tres, cuatro o cinco vacunas.

Cabe destacar que no se recomendó ninguna vacuna en un 2,4% (n=12) de los viajeros.

La media de vacunaciones administradas desciende a un 2,83±1,472. Al igual que en las recomendaciones de vacunas destaca que el mayor porcentaje de vacunas administradas fue de tres vacunas 26,3% (n=133), dos vacunas 19,8% (n=100) y cuatro vacunas 19,4% (n=98). El grupo de viajeros comprendidos entre los 31-40 años fue al que se le hicieron mayor número de recomendaciones y administraciones de vacunas seguido del de 16-30 años, por ser los grupos de edad más numerosos.

Cabe destacar que no se le hizo ninguna administración de vacunas a un 5,3% (n=27) de la muestra.

En el caso del Vivotif, la administración se hizo de dos maneras (al igual que con el Dukoral): la primera dosis fue administrada en la consulta en un 29,6% (n=150) (primera dosis=1ª cápsula, ya que la vacunación consiste en tres cápsulas a tomar días alternos) y se recetó para tomar en casa en un 6,9% (n=35). En el Dukoral, fue administrada la primera dosis en la consulta (quedando pendiente que el viajero tome la segunda dosis en su casa) en un 9,1% (n=46) y fue recetado en un 63,8% (n=323). No hubo administraciones de vacunas de EJ ni Rabia, y las administraciones de otras vacunas como MT y EC y Polio fueron escasas.

En cuanto al grado de cumplimiento de las vacunaciones se observa un alto cumplimiento de las vacunaciones recomendadas, a excepción de HB y Td. Es importante reseñar que la valoración de este cumplimiento se ha hecho en función de si se administraron las vacunas recomendadas en la consulta, sin contar el posterior cumplimiento de las siguientes dosis de vacunación. (Tabla 3).

Tabla 3. Cumplimiento de vacunación

	Vacunas	% cumplimiento
	Reco	vacunación
FA	200	94,9
HA	189	94,2
HB	189	68,8
HAB	118	90,6
Td	240	83,4
Vivotif	195	93,8
Typhim	67	94
Dukoral	378	97,6

DISCUSIÓN

Perfil del viajero: hombre, 35 años, español, visita CVI por vez primera, antelación de 15-30 días, viaje turístico, zonas rurales, principalmente del África Subsahariana o Centroamérica, con estancias de entre 15 y 30 días y se recomiendan una X= 3,12 vacunas y administran una X= 2,83 vacunas

La mayoría de viajeros acuden por primera vez a la consulta con menos de un mes de antelación al viaje (15-30 días) aunque la OMS recomienda al menos 4-6 semanas para realizar las medidas preventivas. Los viajeros por motivos profesionales son los que acuden al CVI con menor antelación, debido a la aparición de viajes inminentes. Las tasas de vacunación previa más altas corresponden a la HB y Td, incluidas en el calendario de vacunación del adulto, pero de HB sólo están vacunados de uno de cada cuatro viajeros, todos de los estratos más jóvenes en los que la vacunación estaba incluida en su calendario vacunal. Sólo cuentan con la vacunación completa de Td la mitad de los que acuden a la consulta.

Alto cumplimiento de las recomendaciones vacunales debido a que en nuestro CVI disponemos de todas las vacunas, de modo que se le administran tras la consulta médica

?Limitaciones del estudio encontramos que:

- La muestra cuenta un alto porcentaje de viajes profesionales de carácter marítimo
- Desconocemos
 - 1-Cuántos habían viajado anteriormente sin buscar consejo médico
 - 2-Motivos por los que la gente no cumple la recomendación de vacunación
 - 3-Si las vacunas recetadas han sido tomadas por el viajero

?Implicaciones para la práctica:

- 1-Conveniencia de realizar una educación sanitaria y vacunación en empresas o trabajadores susceptibles de viajes inminentes para evitar urgencias.
- 2-Se debería disponer en todos CVI de todas las vacunas necesarias para evitar la pérdida de vacunaciones del viajero.
- 3-Los Centros de Salud deberían realizar campañas de vacunación o vacunación oportunista frente a HB y Td a toda la población que acude a consulta por otros motivos.
- 4-Crear y proveer de más recursos a los CVI para absorber la demanda de consultas de viajeros/inmigrantes asentados en España y evitar un mayor número de enfermedades importadas.
- 5-Necesidad de una legislación Española o europea que obligue a las agencias de viajes a derivar a los viajeros a los CVI.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1 Organización Mundial de Turismo. Untwo World Tourism Barometer Volume 6.Nº2 June 2008.
- 2 Instituto de Estudios Turísticos. Encuesta de Movimientos Turísticos de los Españoles (Familitour) 2007; 39-47.
- 3 López-Velez R, Bayas JM. Spanish Travelers to High-Risk Areas in the Tropics: Airport Survey of Travel Health Knowledge, Attitudes, and Practices in Vaccination and Malaria Prevention. J Travel Med 2007; 14: 297-305.
- 4 WHO. International Travel and Health. Situation as on 1 January 2007. Chapter 1 Health risks and precautions: general considerations. Genève: WHO, 2007.
- 5 Hamer DH , Connor BA . Travel health knowledge, attitudes and practices among United States travelers. J Travel Med 2004 ; 11 : 23 ? 26.
- 6 Toovey S , Jamieson A , Holloway M . Travellers ?knowledge, attitudes and practices on the prevention of infectious diseases: results from a study at Johannesburg International Airport. J Travel Med 2004 ; 11: 16 ? 22.
- 7 Van Herck K , Van Damme P , Castelli F , et al . Knowledge, attitudes and practices in travel related infectious diseases: the European airport survey. J Travel Med 2004 ; 11 : 3 ? 8.
- 8 Ansart S, Perez L, et al. Illnesses in Travelers Returning from the Tropics: A Prospective Study of 622 Patients. J Travel Med 2005; 12: 312-318.
- 9 Bacaner N, Stauffer B, Boulware. DR, et al. Immigrants Visiting Friends and Relatives Travel Medicine Considerations for North American. JAMA 2004?Vol 291, No. 23.
- 10 Valerio L, et al. Los inmigrantes viajeros. Aten Primaria 2003;32(6):330-6
- 11 Valerio LI, Martínez O, et al. High-Risk Travel Abroad Overtook Low-Risk Travel from 1999 to 2004: Characterization and Trends in 2,622 Spanish Travelers. J Travel Med 2005; 12: 327-331.
- 12 Teitelbaum P. An Estimate of the Incidence of Hepatitis A in Unimmunized Canadian Travelers to Developing Countries. J Travel Med 2004; 11:102-106.
- 13 Baón BS, et al Cumplimiento de las recomendaciones de vacunación contra hepatitis A, fiebre tifoidea y tétanos-difteria en viajeros atendidos en un centro de vacunación internacional. Vacunas. 2005; 6:82-5.
- 14 Garrido P, Et Al. Vacunación incompleta en la población general Vacunas 2003; 4:41-8.
- 15 Laverone E, Boccacini S et al. Travelers' Compliance to Prophylactic Measures and Behavior During Stay Abroad: Results of a Retrospective Study of Subjects Returning to a Travel Medicine Center in Italy. J Travel Med2006;13:338-344

AUTORES/AUTHORS:

SONIA MENA REVILLA, PALOMA MANUEL DE VILLENA DE BUSTOS, M^aJOSE SANZ RODRIGUEZ

TÍTULO/TITLE:

PREVALENCIA DE VACUNACIÓN DE MENINGITIS TETRAVALENTE EN VIAJEROS CON DESTINO ARABIA SAUDITA

JUSTIFICACION Y OBJETIVO

El número de población musulmana en España ha aumentado y con ello los viajes a Arabia Saudí-La Meca (pilar fundamental del Islam). Las autoridades saudíes exigen un certificado de vacunación.

Se ha estudiado el incremento de la actividad en la consulta del viajero del Centro Monográfico de Salud Internacional (CMSI) de Madrid Salud, debido al fenómeno de la peregrinación y las características tanto del viaje como del viajero.

El objetivo general es estudiar la prevalencia de viajeros vacunados de Meningitis ACYW135 con destino Arabia Saudí así como sus características y tipo de viaje.

MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo sobre datos obtenidos de las historias clínicas de los viajeros que acudieron a la consulta de enfermería entre el 1 Diciembre de 2007 a 30 Noviembre de 2008 con destino Arabia Saudí.

El estudio comprende 155 viajeros y las variables analizadas fueron: sexo, edad, nacionalidad, motivo del viaje, mes de realización, duración, tiempo de antelación de consulta y oportunidades de vacunación.

RESULTADOS**-Sexo:**

Del total de sujetos estudiados (155) se observa que 51 son mujeres y 104 son hombres y representan respectivamente un 32,9% y un 67,09%.

-Nacionalidad de los viajeros:

El mayor porcentaje, 32%, corresponde a viajeros de nacionalidad marroquí seguida de un 27% que son de nacionalidad española. Se desconoce la nacionalidad en un 18% de los casos (no se registró en la historia). Un 9% son de Bangladesh. El resto de nacionalidades: Argelia, Libia, Egipto, Irán, Pakistán, Mali, Rusia representan porcentajes poco significativos (entre un 1% y un 3%). Un 9% corresponde a sujetos con doble nacionalidad, en todos los casos marroquí-española.

-Motivo del viaje:

El motivo principal en un 78% (120) de los viajeros es religioso pero no es el único. Un 8% es por motivos familiares seguido de un 5% que corresponde a turismo; se desconoce el motivo por el que viajan en un 5% de los usuarios y un 4% va por trabajo.

-Mes de realización del viaje:

El 51,61% de los viajeros realizó su viaje en Noviembre del 2008 coincidiendo con las fechas del Hajj (o peregrinación mayor), seguido de un 20,64% que lo hicieron en el mes de Septiembre. Tan solo un 7,09% viajaron en Agosto.

El porcentaje de viajeros en el resto de los meses es menos significativo.

-Duración del viaje:

De los 155 viajeros un 60% permanece de 16-30 días en el destino, un 19% de 8-15 días, un 12% menos o igual a 7 días, un 7% permanece mas de 1 mes y en un 2% de los viajeros se desconoce la duración del viaje.

-Tiempo de antelación con el que consultan:

Del total de sujetos el 52% consulta con 10-30 días de antelación, el 30% con mas de un mes, el 17% con menos o igual de 9 días y en 1% no se registró.

-Grupos etarios:

El 36% de los viajeros tienen edades comprendidas entre los 51-60 años, seguido de un 33% de los del grupo de 41-50 años. El viajero mas pequeño tiene una edad de 17 meses y el mas mayor de 78 años.

-Oportunidades de vacunación:

La vacuna mas administrada junto con la meningitis ACYW 135 fue Difteria-Tétanos(36,7%) seguida de la vacuna de Fiebre Tifoidea(13,5%).

CONCLUSIONES

La presencia y consolidación de población musulmana en España invita al personal sanitario de los centros de vacunación internacional a formarse y a adquirir habilidades y conocimientos sobre actividades preventivas anteriores al Hajj o al Umra.

Los viajeros estudiados son principalmente varones la mayoría de origen marroquí, con edad comprendida entre los 51-60 años. Es de destacar que viajan aproximadamente la mitad de mujeres puesto que han de hacerlo acompañadas de algún varón de su familia (padre, hermano o marido)

En el estudio se observa un amplio porcentaje de viajeros con nacionalidad española, lo que nos lleva a pensar que son inmigrantes que han consolidado su situación jurídica, laboral y económica.

La motivación del viaje ha sido religiosa, siendo el tiempo de estancia entre 16-30 días. El mes elegido para el viaje fue Noviembre 2008 en relación con la fecha del Hajj (inicio el 6 Diciembre 2008) por lo que se deduce que la peregrinación se realiza en la última etapa de su viaje. Se ha de tener en cuenta que es un fenómeno estacional que depende del Ramadán y que conocer su fecha nos ayudaría a mejorar la calidad asistencial de estos viajeros.

El tiempo de antelación con el que consultan es entre 10-30 días, este hecho puede deberse tanto a una mayor sensibilización de los viajeros que peregrinan para cumplir las actividades preventivas como a la exigencia por parte de la embajada de Arabia Saudita, en cuanto a la obligación de obtener el certificado oficial de vacunación contra la meningitis meningocócica tetravalente, condición imprescindible para obtener el visado.

Se ha estudiado que en un principio el viajero acude a la consulta con el fin de obtener el certificado de vacunación, siendo una oportunidad para actualizar su calendario a lo cuál son receptivos. La vacuna que mas se ha administrado conjuntamente es la Difteria-tétanos adulto.

Como consecuencia del incremento de la población musulmana en España creemos conveniente la revisión de los programas preventivos y adaptación de los mismos de forma intercultural e individualizada para cada tipo de viajero.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

-De Juanes JR, Arrazola MP. Viajes Internacionales. Recomendaciones Generales y Vacunas. ASFORISP; 2005 Pag. 239-244.

- Salleras L. Vacunaciones preventivas. Principios y aplicaciones. 2ª Edición. Ed. Masson. Pag. 918-919.

-Valerio L., Martínez O., Isnard M. Urbiztondo L. Caracterización de los peregrinos musulmanes procedentes de España: de Barcelona a Arabia Saudita. Rev. Enf. Emerg 2005; 7(2):120-124.

- CDC. Departamento de salud y servicios humanos. Epidemiología y Prevención de Enfermedades Inmunoprevenibles. 10.ª Edición.

-World Health Organization. Disponible en:

[http// www.who.int/crs/don.en](http://www.who.int/crs/don/en)
www.who.int/countries/sau/es

-Requisitos para visados de peregrinación de Hajj. Embajada del Reino de Arabia Saudi. Disponible en:

<http://www.arabiasaudi.org/ummraservicios.htm>.

- Comunidad virtual del islam. Disponible en:

<http://www.webislam.com>

AUTORES/AUTHORS:

M. Pilar Elena Sinobas

TÍTULO/TITLE:

Grupo de mujeres en una Escuela de Salud (EdS) Comunitaria. Análisis cualitativo.

1. Introducción:

En 1985 nace la Asociación Cultural de Desarrollo Comunitario Quima. En ella comenzó a desarrollarse la Escuela de Adultos con el objetivo de proporcionar una oferta educativa, puesto que el nivel cultural y de instrucción de su población era más bajo que la media de la ciudad. Además, el desempleo era un problema acuciante para personas con escasa formación básica.

La Asociación se ubica en Santander, en la Zona Básica de Salud ?Dávila?. Su población, en general, tiene un nivel sociocultural y económico medio-medio y medio-bajo. Dispone de una historia de amplia y sólida raigambre de valores comunitarios sociales y de participación democrática, y de una extensa cultura de proyección social y comunitaria.

Actualmente, la Asociación está dedicada a temas de promoción social y de animación sociocultural, tales como formación básica y alfabetización, idiomas, informática, gimnasia y yoga, historia y arte, salud y diversos talleres. Dispone de 44 profesores-monitores voluntarios y 370 personas matriculadas miembros de la comunidad, coordinados por 2 personas.

También durante 3-4 días al año, se realizan jornadas específicas dirigidas a los voluntarios con el fin de mantener en ellos el estímulo, la motivación y la cohesión.

En este contexto se viene desarrollando la EdS, una de las primeras actividades puestas en marcha. Se inició en 1989 por iniciativa de las propias mujeres socias. Desde entonces, la EdS esta siendo dirigida por enfermeras, con alguna colaboración puntual de otros profesionales sanitarios.

2. Objetivos:

General: demostrar, a través de la EdS, el valor añadido que el Centro Cultural ?Quima? (CCQ) ofrece a las mujeres de la comunidad en la cual está inmerso.

Específicos:

1. Conocer las motivaciones de las mujeres para asistir a la EdS.
2. Determinar si los seminarios de EdS cumplen otras funciones (además de adquirir conocimientos y modificar conductas) que también son importantes para las mujeres.
3. Conocer, en su caso, cuál es el valor añadido del CCQ para las mujeres.

3. Diseño, método y muestra:

El método (herramienta) empleado fue un grupo de discusión, compuesto por 8 mujeres de selección espontánea, a lo largo de 3 días en intervalos semanales y en sesiones de 2hrs. cada una.

Se eligió el grupo de discusión como herramienta por sus propias características:

- De él se extraen discursos sociales implantados en lo grupal.
- En él se expresan opiniones compartidas que tienden al consenso y a lo global.

Las dimensiones a estudio fueron:

1. Similitudes y diferencias con otros grupos similares.
2. Opiniones de las mujeres sobre:
 - Su propio ?estar? y sentir personal, familiar y social.
 - Los seminarios: valoración y mejora.

-El CCQ.

Se realizó a través de una conversación orientada, encuadrada dentro de un orden hacia los temas de interés para el estudio, y dirigida por la moderadora.

Primer día, grupo de discusión tratando los siguientes contenidos:

-Relacionados con las propias mujeres, los seminarios, el cuidado y autocuidado, sus maridos o parejas y su opinión sobre el CCQ.

Segundo día:

-Exposición del análisis de los resultados fruto de los respectivos discursos, añadiendo la aportación de la figura analista. Puesta en común.

Tercer día:

-Partiendo de los resultados, identificar respuestas a los objetivos.

Además de la moderadora, en todas las sesiones estuvo presente una de las coordinadoras del Centro Cultural como figura analista que colaboró en la interpretación y análisis posterior de los discursos de las mujeres.

El contenido fue grabado.

4.Resultados:

A través del grupo de discusión se recogieron las expresiones de las mujeres relacionadas con los diversos temas planteados.

En determinados temas no se han descubierto aspectos nuevos relevantes en comparación con estudios similares. Pero en otros, la diferencia ha sido importante. Los estudios utilizados para esta comparativa aparecen recogidos en la bibliografía.

Similitudes con otros estudios:

Los motivos por los que acuden a la EdS son los relacionados con el ánimo, la soledad y el vacío vital. No tanto por huir de estos estados como para desconectar de ellos; así es matizado por el grupo: ¿No quieres huir, quieres desconectar de los problemas y de la rutina, para buscar ayuda porque en ese momento de angustia no tienes a nadie?.

Los temores respecto al propio cuerpo son los relacionados con las enfermedades crónicas invalidantes y degenerativas: ¿Tengo miedo a la enfermedad... a enfermedades como el Alzheimer o demencia... a veces me da miedo perder la cabeza?.

Solo en algunos casos, la razón por la que acuden a la EdS es la preocupación por la salud. En la mayoría, los argumentos son diversos: ¿Sabes mas cosas de salud, me preocupa?. "Escuchar y que te escuchen aunque no comentes tus problemas, si ves que otros los tienen semejantes piensas que no te pasa a ti sola, te sientes bien?.

La salud no es una prioridad para las mujeres aunque lo consideran un aspecto importante de su vida y de la familia: ¿Yo he venido por curiosidad. Necesito otras cosas que llenen mi vida, necesito estar ocupada y tener cosas que hacer?.

La EdS ayuda a las mujeres a modificar algunos comportamientos para orientarlos hacia conductas más saludables. Se ha detectado que algunas participantes desean repetir curso para afianzar los conocimientos: ¿He cambiado cosas de la alimentación, evito lo que contiene grasas. Ahora leo lo que viene en los envases?. ¿Necesitas que te repitan las cosas para que se te queden?.

Los hombres se mantienen al margen de esta actividad, dejan que las mujeres acudan pero ellos no participan: ¿Mi marido dice: sí, por mí vete, y si puedes ir a más cosas, mejor?.

Diferencias con otros estudios:

La gratuidad de los seminarios no supone ninguna limitación para ser críticas con la EdS: ¿Si viera que la EdS no me aportan nada, aunque sea gratis, me iría a hacer otra cosa?

Valoran muy positivamente la figura profesional de la profesora-monitora, les proporciona confianza, seguridad y escucha activa: ¿Al ser una profesional la profesora nos da seguridad?. ¿La ayuda del profesor, ellos están preparados para escucharte y ayudarte?.

Indican que los temas tratados son interesantes e importantes para ellas. Aportan cambios para el próximo curso: cambiar el lugar

del seminario, cambiar el enfoque si se trata el mismo tema. Agradecen que acudan a impartirlo otros profesionales diferentes a la profesora habitual.

En este sentido, resaltamos el enfoque práctico (en formato taller) de la EdS, su orientación hacia los cuidados y nuestro enfoque de la salud como sinónimo de bienestar (en contraposición a enfermedad), lo cual es siempre una premisa en la EdS.

En relación con sus maridos o parejas, en ocasiones se producen discusiones por temas de salud, pero las mujeres no lo viven como un conflicto. Además, refieren que cada miembro de la pareja tiene sus propios conflictos personales: ¿Cada uno tiene su espacio, ellos tienen sus propios problemas?.

En nuestra opinión, y en una consideración holística de la salud (entendida como bienestar personal en sentido abierto y amplio), las razones por las que las mujeres acuden al CCQ son prioritariamente:

?superar la soledad

?salir del tedio

?necesidad de llenar vacíos interiores

?salir de la indiferencia

?desconectar de la rutina de los hogares

?ayudar y ser ayudada

Consideramos que estos aspectos son componentes de la salud holística, en consecuencia, y aunque no sea una decisión meditada, la salud en su conjunto es la preocupación principal que les lleva a acudir al CCQ en general y a la EdS en concreto.

Se añaden las aportaciones de la ?figura analista? tras el análisis de lo escuchado en el grupo de discusión:

??Para las mujeres, acudir al CCQ es una necesidad vital, les sirve para llenar el vacío que tienen en su casa y evitar caer en la tristeza?.

??Comparten con sus compañeras la vida del barrio y el seminario es una continuación de esta vida?.

??Tienen necesidades encubiertas que no se traslucen?.

??Todo lo que se les ofrezca les parece bien?.

??No tienen espíritu crítico. Están permanentemente agradecidas?.

Singularidades (valor añadido) que el CCQ aporta:

El CCQ, por su implantación no solo física, sino por su antigüedad, solidez y prestigio en la comunidad, es considerado por las mujeres como un lugar seguro, confortable, una referencia donde a todas se acoge por igual, a todas se ayuda, a todas se cuida, y donde, en general todas encuentran lo que buscan. Se podría considerar, metafóricamente, un 'balneario' en el entorno social y comunitario: ¿Conocer y relacionarse con gente? ¿Son compañeras y se hacen grupos de amigas? ¿Se ocupan de ti? ¿Te da lo que tú necesitas? ¿Encuentras acogimiento, cariño y calor humano? ¿Te ayuda a desconectar, a romper el aislamiento, a superar situaciones muy duras? ¿Encuentras diversión y disfrute? ¿Te sientes apoyada, compartes?.

Para la mayoría de las mujeres la actividad del CCQ es una continuación de la vida del barrio que desarrollan con sus vecinas y amigas a diario, como refiere la ?figura analista?.

Otras peculiaridades son: su importante proyección social y comunitaria, la gratuidad de las actividades y la voluntariedad de los docentes, la coexistencia de una amplia oferta educativa junto con actividades diversas de ocio y entretenimiento, el fomento de las relaciones personales y sociales, así como el clima de acogimiento, las buenas relaciones, la amistad, la solidaridad, el calor humano, etc.

Las mujeres destacan además, el importante y valioso rol que desempeñan las dos coordinadoras. Consideran que son ?el motor y el alma? de la organización en cuanto a la labor de acogimiento, orientación, buen trato y amabilidad. Además, les organizan múltiples actividades, incluso salidas a lugares de interés, exposiciones en el centro, etc. Todas ellas muy apreciadas por las

mujeres.

Algunas se sienten una parte del CCQ. Se trata de mujeres integrantes de la Junta Directiva y socias del Centro.

Otra característica específica de las mujeres, destacada tanto por los monitores y coordinadoras del centro, tanto como por la figura analista del grupo de discusión, es que no tienen espíritu crítico. Por esta razón están constantemente agradecidas la CCQ y al esfuerzo que hacen los otros: ¿Todo lo que les ofrezcas les parece bien? ¿No tienen espíritu crítico. Están permanentemente agradecidas?.

Quizá es debido a que no se les ha colocado en situación de reflexionar críticamente y elaborar un discurso personal y expresarlo. Este aspecto debería ser transversal a cualquier actividad formativa y lo expresamos como una sugerencia de mejora para los monitores.

Características diferenciadoras del CCQ:

¿Su peculiar filosofía, valores, espíritu y objetivos.

¿Los monitores voluntarios, que dedican su tiempo, dan ¿algo por nada? y tienen disposición a cuidar y a la escucha activa.

¿Las mujeres asistentes, que están permanentemente agradecidas porque reciben ¿todo por nada?.

5. Conclusiones finales:

1. Los seminarios de la EdS en el CCQ cumplen otras funciones, además de las puramente formativas, que a su vez son muy importantes para la salud holística de las mujeres.

2. El CCQ, con sus singularidades, presenta diferencias y valor añadido respecto a otros centros o grupos de EdS. Esto revierte favorablemente en la salud holística de las mujeres.

3. Con la prudencia debida, nos atrevemos a augurar que las conclusiones extraídas podrían ser generalizables a otros grupos sociales de iguales características.

4. Los docentes de educación para la salud deben tener presente tres importantes aspectos:

*conocer las razones por las que las mujeres acuden a los seminarios.

*tener en consideración la capacidad crítica de las mujeres y fomentarla.

*transmitir otros valores y prestar otros cuidados (mas allá de la propia educación para la salud) para alcanzar adecuadamente el objetivo de contribuir a la salud holística de las mujeres en la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Luis Seoane Pascual, Clara Repeto Zilbermann y Laura Moratilla Manzó. Evaluación participativa de una experiencia de Educación para la Salud con grupos de mujeres de Moratalaz. Informe de resultados. Documento de Salud Pública nº D-109. Servicio de Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Programa de Evaluación y Conocimiento de Factores Socioculturales Asociados a la Educación Sanitaria y a la Promoción de la Salud. 18 de diciembre de 2006. Madrid,

Cursos introductorio e intermedio de Investigación Cualitativa en Salud y sus aplicaciones. Fundación Marqués de Valdecilla. Observatorio de Salud Pública de Cantabria. Noviembre 2007. Junio 2008. Santander.

M^a Angeles Gil Nebot, Milagros Ramasco. Promoción de la investigación cualitativa (IC) en Salud Pública. Servicio de Programas de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Madrid. 9 Congreso Internacional de Investigación Cualitativa en Salud. Guadalajara, México ? 2003

Fernando Conde Gutiérrez. Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la historia de la medicina.

Rev esp Salud Pública 2002; 76: 395-408

M^a Angeles Gil Nebot, Carmen Estrada Ballesteros, M^a Luisa Pires Alcalde y Ramón Aguirre Martín Gil. La investigación cualitativa y la promoción de la salud en la comunidad de Madrid. Rev esp Salud Pública 2002; 76: 451-459

María Pires Alacaide y M^a Luisa Laceras Lozano. La Promoción de la Salud en el Medio Rural: Necesidades y Demandas Expresadas por las mujeres. Documento de Salud Pública nº 88. Servicio de Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Programa de Evaluación y Conocimiento de Factores Socioculturales Asociados a la Educación Sanitaria y a la Promoción de la Salud. Programa de Promoción de Salud de las Mujeres. Diciembre de 2002. Madrid.

Carmen de la Cuesta-Benjumea. ¿Por dónde empezar?: la pregunta en investigación cualitativa. Enferm Clí. 2008; 18(4):205-10

Ester Busquest Alibés. Ética y estética del cuidado. Rev ROL Enf. 2008; 31(11):748-754

Pilar Elena Sinobas, Susana Rodríguez Rúa, Rocio Cardeñoso Herrero, Enfermeras en la Escuela de Salud del Barrio. Comunicación. Congreso Nacional de Enfermería de Salud Familiar y Comunitaria. Mayo 2003. Torremolinos. España.

AGRADECIMIENTOS

A todas las mujeres participantes en la EdS, a las coordinadoras y al CCQ y sus monitores, con ellos vivo un continuo aprendizaje.

Mesa de comunicaciones 21: Cuidados crónicos**Concurrent session 21: Chronic care****AUTORES/AUTHORS:**

Khemaradee Masingboon, Wanpen Wanaporn

TÍTULO/TITLE:

Predictors of Quality of Life in HIV- Positive Thai Receiving HAART

Abstract

Objectives: The purposes of this study were to explore quality of life and to examine whether selected variables including age, CD 4 count, symptom experiences, self-care behaviors, and social support would predict quality of life in HIV- positive Thais receiving highly active antiretroviral therapy (HAART).

Methods: One-forty one HIV- positive Thais receiving HAART were recruited by stratified random sampling from seven health care services in a province in the eastern region of Thailand. All measures were self-reported including age, CD 4 count, WHOQOL-BREF (Thai version), the Symptom Experiences Questionnaire, the Self-Care Behavior Questionnaire, and the Social Support Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regressions.

Results: Forty-four percent of HIV- positive Thais had CD 4 count 200-400 cell/mm³ and 36% had CD 4 count higher than 400 cell/mm³. The most symptom occurrences reported by HIV- positive Thais were numbness (26.2%), anxiety (24.1%), and fatigue (22%); the overall scores of symptoms experiences were low. Most of participants reported scores of self-care behaviors, social support, and quality of life were high. Social support and self-care behaviors significantly predicted and explained 26.8% of the variance in QOL ($p < .05$). The strongest predictor of QOL was social support (Beta = .34, $p < .05$).

Discussion: The findings of this study emphasize the important of social support and self-care behaviors that has a profound effect on QOL in HIV- positive Thais receiving HAART. Development of interventions to improve QOL should focus on the provision of social support and encouragement the adoption of self care behaviors.

Key words: quality of life, HIV-positive, predictors, HAART

Introduction

The impact of highly active antiretroviral treatment (HAART) on quality of life has been researched in the developed world. Research results showed a significant association between HAART and improved physical and emotional health (Pitt, Myer, & Wood, 2009; Wouter et al., 2007). With the HAART, progression of a disease is delayed that makes HIV-positive individuals can live longer. Thailand is rapidly expanding access HAART. There is an increasing number of HIV- positive Thais enrolled on HAART and increasing survival among these patients. There are limited data on impact of HAART on quality of life among these individuals. It is crucial to explore quality of life and to examine predictors of QOL among HIV- positive Thais receiving HAART.

Quality of life is the measure of satisfaction with several variables related to physical, psychological, and social health (Wilson & Cleary, 1995). It has been identified as a key component of overall health among HIV-infected individuals. Wilson and Cleary (1995) proposed the multidimensional model of health-related quality of life (HRQOL) to explain variables associate to quality of life. The model links five domains including biological function, symptoms status, functional health, general health perception, and quality of life. Ferrans et al. (2005) extended the model by identifying that biological function is influenced by characteristics of both individuals and environments.

Guided by Wilson and Cleary's model (1995), variables including age, CD4+ cell count, symptom experiences, self-care behaviors, and social support were selected to explore whether they would predict QOL among HIV-positive receiving HAART.

Age represents the individual characteristic. Age has been associated with differences in HRQOL in HIV-positive samples (Rao, Hahn, Cella, & Hernandez, 2007). Literatures show that the older had greater limitations in physical functioning which related to self-care behaviors (Nokes et al., 2000).

CD4+ cell count represents the biological function. The amount of CD4+ cell count represents immunological function of HIV-positive individuals. Patients with higher CD4+ cell counts had better QOL (Stangl et al., 2007; Schroecksnadel et al., 2007). In contrast, Eriksson et al. (2000) reported that there was no relationship between CD4+ cell count and QOL.

Symptom experiences represent the symptom status. HIV-positive persons may suffer from a variety of symptoms which come

from a progression of the disease and side effects of antiretroviral drugs. Symptom experiences of HIV-infected persons have been clearly shown to be correlated with quality of life (Holzemer et al., 2009). In addition, uncontrolled symptoms have direct affect to lower quality of life (Sukati, 2005). However, study results from Nokes, et al. (2009) showed no significant differences were found in symptom status and HRQOL.

Social support represents the environment characteristic. Previous studies show social support is an important determinant of quality of life among HIV-positive persons (Douaihy & Singh, 2001). It acts as stress buffering or potential mediator influence on health outcomes (Gielen, McDnnell, Wu, O?Campo, & Faden, 2000).

Self-care behaviors represent the functional status. Self care behaviors are comprised of eating healthy diet, getting adequate amount of sleep, engaging in regular exercise, keeping stress management, risk behavior avoidance, prevention of HIV transmission, and keeping general check up. Literatures show that self care behaviors were strongly associated with quality of life among HIV-positive persons (Gielen, McDnnell, Wu, O?Campo, & Faden, 2000; Tangkawanich, 2006).

According to literature reviews, there is an inconsistency of influencing factors to quality of life among HIV-positive persons. The purposes of this research were to explores quality of life and examine whether selected variables would predict quality of life in HIV-positive Thais receiving HAART.

Methods

Samples. A cross-sectional, descriptive design was used to explore the potential predictors of quality of life among HIV-positive Thais receiving HAART. 141 adults with HIV infection were recruited by stratified random sampling from seven health care services in a province located in the eastern region of Thailand. Inclusion criteria were age 20 years or older, ability to read and write Thai, and currently taking the same regimen of ARV medication for at least 6 months.

Procedure. The Burapha University, Thailand, institutional review board reviewed and approved the protocol. Each of the other seven sites received approval from their appropriate human subjects review committees. Data were collected from participants who met the inclusion criteria and agreed to participate in the study. After informed consent was obtained, each participant was asked to complete all self-administered questionnaires.

Instruments. All instruments have shown validity and reliability include: 1) Sociodemographic data included sociodemographic characteristics including age, education, and marital status and HIV-related characteristics, such as HIV-stage, CD4 cell count, and time since taking HAART; 2) Quality of life measured with the WHOQOL-BREF Thai (Cronbach?s alpha of .92); 3) Self-Care Behavior Questionnaire developed by investigators (Cronbach?s alpha of .83); 4) the modified PRQ 85 part II measured individual?s perception of social support (Cronbach?s alpha of .84); and 5) the Thai version of symptom experience check list (Cronbach?s alpha for each symptom ranged from .88 to .93).

Data analysis. Data were analyzed using a Statistical Package for the Social Sciences. Descriptive statistics were used to examine demographic characteristics, quality of life, self-care behavior, social support, and symptom experience data. A stepwise multiple regression was conducted to explore whether selected variables would predict quality of life.

Results

Participants included 48.9% men and women 49.6%, with the mean age of 38.14 years (SD = 8.19). A total of 56% had high school or less formal education. A total of 66.7% reported being laborers with low incomes. The majority of participants 48.20% were currently married with 17% were separated.

66% of participants were diagnosed with full blown AIDS. The average time since initial diagnosis with HIV was 4.86 (SD = 3.45), the average time of taking ARV medication was 2.56 years (SD = 1.89, range = 6 month to 10 years). 44% of participants had CD 4+ cell count 200-400 cell/mm³ and 36% had CD 4+ cell count higher than 400 cell/mm³. The most symptom occurrences during the last week reported by participants were numbness (26.2%), anxiety (24.1%), and fatigue (22%); the average scores of symptom experiences were low (mean = 33, SD = 2.83).

Quality of life measures, most of participants reported having good quality of life (= 105.46, SD = 13.67). They indicated that aspects

of their quality of life have equally well for physical, psychological, environment, and life satisfaction; only the social aspect that participants reported moderate mean scores.

Self care behavior measures, participants reported good self care behaviors with the average score of 150.92 (SD = 12.25). They also indicated that aspects of their self care behavior have high scores for taking HAART regimen and perform general self care activities.

Social support measures, participants indicated high average scores for all aspects including intimacy, assistance, affirmation of worth, and nurturance. However, they reported moderate mean score of social integration aspect.

A stepwise multiple regression was calculated to described predictors of quality of life among participants. Two variables, social support and self-care behavior significantly predicted and explained 26.8% of the variance in QOL ($F_{1, 138} = 25.32, p < .001$). The strongest predictor of QOL was social support (Beta = .34, $p < .001$).

Discussion

Results of this study indicate that social support and self care behaviors had positive effect on quality of life among this population. The findings was congruent with results from previous studies (Gielen, McDnnell, Wu, O?Campo, & Faden, 2000; Tangkawanich, 2006). It can be explained that, most of participants were currently married which gave them care and psychological support, still young, got free antiretroviral therapy support from the government, had CD 4+ cell count in normal level (200-400 cell/mm³), and got less symptom experiences. All of these factors affected to their physical health, mental health, and overall quality of life. In addition, they felt healthy, and were able to practice more self care behaviors which enhance them better functioning and well-being.

Implication for nursing practice

Results of this study have utility for planning intervention to enhance quality of life among HIV-positive Thais receiving HAART. Interventions should focus on the provision of social support and promotion of self-care behaviors. Health care providers should promote social support system including widely access to HAART for all HIV-positive persons, enhance self-help group and social networks, and provide effective counseling program for HIV-positive individuals. Also, encouragement the adoption of self care behaviors especially in the area of drug adherence and symptom management could enhance better functioning and well-being that relatively straightforward to maintain or improve quality of life.

Although the study provides important evidence in nursing practice, there are some limitations. First, all participants in this study were recruited from one region of Thailand and those who could access to health care service. Therefore, the findings can not be generalized to the entire population. Second, the cross-sectional design does not permit an evaluation of causal relationships between variables or changes in quality of life overtime. Future research needs to explore more on quality of life in diverse setting and to examine changes in quality of life overtime among this population.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Douaihy, A., & Singh, N. (2001). Factors affecting quality of life in patients with HIV infection. *The AIDS Reader*, 11, 444-449.
- Ferrans, C., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of Health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholaeship*, 37(4), 336-342.
- Gielen, A. C., McDnnell, K. A., Wu, A. W., O?Campo, P., & Faden, R. (2000). Quality of life among women living with HIV: the importance violence, social support, and self care behaviors. *Social Science and Medicine*, 52, 315-322.
- Holzemer, W. L., Human, S., Arudo, J., Rosa, M. E., Hamilton, M. J., Corless, I., et al. (2009). Exploring HIV stigma and quality of life for persons living with HIV infection. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20, 161-168.
- Nokes, K., Holzemer, W., Corless, I., Bakken, S., Brown, M. A., & Powell-Cope, G., et al. (2000). Health-related quality of life in persons younger and older than 50 who are living with HIV/AIDS. *Research on Aging*, 22(3), 290-310.
- Pitt, J., Myer, L., & Wood, R. (2009). Quality of life and impact of drug toxicities in a South African community-based antiretroviral programme. *Journal of the International AIDS Society*, 12, 1-13.
- Rao, D., Hahn, E., Cella, D., & Hernandez, L. (2007). The health-related quality of life outcomes of English and Spanish

speaking persons living with HIV/AIDS from the continental United States and Puerto Rico. *AIDS Patient Care and STDs*, 21(5), 339-346. Schroecksnadel, K., Sarletti, M., Winkler, C., Mumelter, B., Weiss, G., & Fuchs, D., et al. (2008). Quality of life and immune activation in patients with HIV-infection. *Brain, Behavior, and Immunity*, 22, 881-889. Stangl, A. L., Wamai, N., Mermin, J., Awor, A. C., & Bunnell, R. E. (2007). Trends and predictors of quality of life among Sukati, N. A., et al. (2005). HIV/AIDS symptom management in Southern Africa. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29, 185-192. Tangkawanich, T. (2006). *A Causal Model of Quality of Life in Persons Living with HIV/AIDS*. Doctoral dissertation, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*, 273, 59-65. Wouters, E., Meulemans, H., Van Ramberg, H. C. J., Heunis, J. C., & Mortelmans, D. (2007). Short term physical and emotional health outcomes of public sector ART in the Free State province of South Africa. *Quality of Life Research*, 16, 1461-1471.

AUTORES/AUTHORS:

Margarida Ferreira, Henriqueta Figueiredo, Ana Avilar, Ilda Fernandes, Céu Barbieri, Palmira Oliveira, Luísa Andrade, José Carvalho, Júlia Martinho

TÍTULO/TITLE:

FAMILY IMPORTANCE NURSING CARE ? NURSES? ATTITUDES (FINC-NA) - PORTUGUESE VALIDATION

INTRODUCTION

The family is a basic unit of the society and its development occurs in a complex process of reciprocity between its members and with the environment, in a process of continual transformation.

According to this perspective, family nursing is intended for supporting family responses to actual or potential health problems and is centred in empowering families to overcome their transitions (Friedman, 1998; Hanson, 2005; Wright e Leahey, 2005).

There is empirical evidence that nurses consider families as a resource, valuing the interpersonal relationships with families but there are other studies that state that nursing care present a biomedical approach, with lack of trust of nurses concerning families skills to care for their sick members (Benzein, E., Jonhansson, P., Årestedt, K., & Saveman, B. (2008).

To deliver nursing care for families as a target, requires the understanding of families? complexity in order to consider family needs as a whole; on the hand nurses? attitudes towards family is of utmost importance in rendering nursing care of excellence.

AIM

The main objective of this study was to do the translation, adaptation and validation of the tool ?Families Importance in Nursing Care-Nurses Attitudes (FINC-NA)?, developed in Sweden by Benzein, Johanson, Arested, and Saveman (2008).

METHODS

Internationally recommended methodology, mandating forward translation, backward translation, reconciliation and pretesting steps, was employed to translate and adapt into Portuguese this instrument. The Portuguese version ?Importância da Família nos Cuidados de Enfermagem ? Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE)? resulted from the formal comparison between backward translation of the original scale and the changes whereas the literal correspondence between the words was important, but especially the correspondence of perception and impact on the respondent, that is, consider the impact that a particular term had in the Portuguese cultural context - cultural equivalence. It was necessary to replace some terms by others, to obtain the desired equivalence.

Tool validation included assessing item internal consistency, using the alpha coefficient of Cronbach. An exploratory factor analysis highlighted how the items group together, using a Varimax (orthogonal) rotation and subsequent Cronbach's.

Data collection was done using the scale FINC-NA, among nurses working in Community Care, and took place between April and May 2009. This instrument consists of 26 items, and responses alternatives are constructed as a four point Likert scale (Strongly agree, Agree, Disagree and Strongly disagree). The scale is composed by four subscales: Family as a resource in nursing care (Fam-RNC), containing 10 items; Family as a conversational partner (Fam-CP), containing 8 items; Family as a burden (Fam-B), containing 4 items; Family as its own resource (Fam-OR), containing 4 items. The score on the whole scale can vary between 26 and 104, considering that the higher the score obtained, the more supportive is the nurse?s attitudes toward families. Data collection instrument also included a set of questions for obtaining demographic and professional data of nurses.

Ethical aspects were considered and, after having obtained the consent of the authors to adapt the scale, a formal request was made for authorization to the Regional Health Administration North for access to nurses working in health centres of Porto. All participants completed the informed consent, according to the Helsinki Declaration.

Our sample was composed by 136 nurses (64,8% from a population of 210) working in Health Centres (86,8%) and Family Health

Units (13,2%). The majority (88,2%) of nurses that participated in the study are female, had education on Family Nursing (59,6%) and are aged between 23 to 65 years old (M=35,8 SD= 10,1); on the average they had 12,9 years of job experience (SD=10,0).

RESULTS

The psychometric properties of the Portuguese version of FINC-NA were good. Internal consistency of the instrument, measured by Cronbach's, was found to be 0.87. Factor analysis revealed three factors (Family as a conversational partner and as own resource; Family as a resource in nursing care and Family as burden) against four of the original tool (Family as a resource in nursing care; Family as a conversational partner; Family as own resource and Family as burden) with eigenvalues of > 1.0, that explain 47,79% of total variance.

In Table 1 we may compare the results of the original scale with the Portuguese and the calculation of the validity and reliability of the various dimensions.

Table 1: Results of the original (FINC-AE) and Portuguese (IFCE-AE) scale

Scale Subscales	Number of items	Cronbach's	Explain Variance
Original Family as a resource in nursing care	10	0.81	
Family as a conversational partner	8	0.79	
Family as a burden	4	0.69	
Family as its own resource	4	0.70	
Cronbach Total		0.88	
Explain Variance			52.74
Portuguese version			
Family as a conversational partner and coping resource	12	0.90	
Family as a resource in nursing care	10	0.84	
Family as a burden	4	0.49	
Cronbach Total		0.87	
Explain Variance			47.79

DISCUSSION

The Portuguese version of FINC-AE resulted in three factors that explain 47.79% of the total variance indicating that the instrument measures three areas of attitudes of nurses about the importance of family in nursing care. The assessment of the internal consistency of the instrument, measured by Cronbach's, ranged from 0.49 and 0.90 for the three dimensions, with a good correlation and homogeneity inter- item. There were no unanswered questions.

To consider the families as a support for nursing care contributes to the development of interactions nurse-families based on a collaborative approach, where families are viewed as a partner, and assuming it as a target and unit of care (Wright & Leahey, 2005). The identification of nurses attitudes towards families, allow the development of strategies leading to the inclusion of support attitudes in nursing care, increasing dynamic promoting the health of both individuals and their families, while units of care.

To describe and understand the nurses' attitudes towards families is important to identify education needs of nurses, therefore improving the nursing practice.

CONCLUSION

The translated and adapted Portuguese version, named 'A importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE)', is comparable with the original Swedish instrument in terms of validity and reliability and it is suitable to assess nursing staff attitudes toward the importance of involving family in nursing care in Primary Health Care settings.

The results obtained show that most nurses have supportive attitudes with the families and perceive them as a conversational partner and as a resource in nursing care. Only few nurses perceive the families as a burden.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Benzein, E., Johansson, P., Årestedt, K., Saveman, B. (2008). Nurses' Attitudes About the Importance of Families in Nursing Care A Survey of Swedish Nurses. *Journal of Family Nursing*, 14, pp. 162-180.
- Benzein, E., Johansson, P., Årestedt, K., Berg, A., Saveman, B. (2008). Families' Importance in Nursing Care Nurses' Attitudes - An Instrument Development. *Journal of Family Nursing*, 14, pp. 97-117.
- Figueiredo, M (2006). Sistema Familiar e Cuidados de Enfermagem. *Servir*, 54,(1), pp.11-14.
- Friedman, M. (1998). *Family Nursing. Research, Theory e Practice*. (4th ed.). Connecticut: Appleton e Lange,
- Hanson, S. (2005). Enfermagem de cuidados de saúde à família: uma introdução. In HANSON, S. M. (Eds.) - *Enfermagem de cuidados de saúde à família. Teoria, prática e investigação*. (2ª ed., pp. 3-37). Lisboa: Lusociência.
- Ministério da Saúde - Direcção Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde - Orientações Estratégicas para 2004 - 2010*. (Vol I e II). Lisboa: Ministério da Saúde.
- Silva, L.; Figueiredo, M. (2006). Cuidar a Família: Um Compartilhar de Experiências Luso- Brasileiras. In 9ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem - *Investigar para melhor Cuidar?*.
- Wright, L.; Leahey, M. (2005). *Nurses and Families. A Guide to Family Assessment and Intervention*. (4ª ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.

Mesa de comunicaciones 22: Cuidados críticos

Concurrent session 22: Critical care

AUTORES/AUTHORS:

Purificación González Villanueva

TÍTULO/TITLE:

las vivencias y los saberes de los niños y niñas en cuidados intensivos de pediatría

INTRODUCCIÓN

Esta investigación es el resultado de la tesis doctoral: ¿las vivencias y los saberes de los niños y niñas en Cuidados Intensivos de Pediatría?, leída en septiembre de 2008 en la Universidad de Alicante.

Todos los autores coinciden en que la hospitalización es una experiencia potencialmente estresante para los niño/as y sus padres (Palmer, Darbyshire, 1993; Hart & Bossert, 1994; Coyne, 1995, 1996; Shields y Nixon, 1998; Melnyk, 2000), pero no tenemos suficiente conocimiento sobre el significado de esta experiencia expresada por los niños. En las unidades de cuidados intensivos de pediatría (UCIP), aparecen como relevante los estudios de Board & Ryan-Wenger (2000, 2002), entre los que podemos encontrar una revisión desde 1982-1997 (2000) que abarca 38 investigaciones. Los conceptos más estudiados están relacionados con el estrés de los padres, sus necesidades, su capacidad de afrontamiento, la gravedad de la enfermedad. Entre los resultados destaca que los estudios están dirigidos sobre todo a identificar los niveles de estrés que tienen los padres con un niño/a ingresado en UCIP, hay mucha discrepancia entre las percepciones de los padres y las madres y no todas las UCIP tienen las mismas características, y este es un elemento que puede llevar a unos resultados muy distintos.

Board & Ryan-Wenger concluyen que no hay suficiente investigación sobre la perspectiva del niño/a y los efectos de la hospitalización en UCIP.

Entre los autores que resaltan la importancia de tener en cuenta a los niños, Endacott (1998) subraya que el niño es una persona única y las características de su desarrollo físico y psicológico nos indican que aquellos que pasen por una hospitalización en cuidados intensivos tienen necesidades especiales. Carnevale (1997) en un estudio fenomenológico describe las experiencias de 17 niño/as entre 8 meses y 17 años. En sus relatos vemos situaciones críticas en las cuales se les atiende como un individuo enfermo, se trata la enfermedad y se tienen en cuenta todos los aspectos relacionados con ella; sin embargo, no cuentan con él y tampoco con su familia. Coyne (2006) a través de una investigación basada en la Teoría Fundamentada, expresa con completa claridad que es esencial contar con el punto de vista de los niños, de sus percepciones. Añade que es imperativo que sus voces sean escuchadas y valoradas las decisiones que afecten a su bienestar.

Una manera de encontrar qué es lo mejor para los niño/as (Runeson et al., 2002) es dejarles expresarse en todo aquello que les importa, de acuerdo a su edad y su madurez, permitiéndoles participar en la toma de decisiones. A juzgar por la literatura, parece claro que es el niño/a el protagonista del cuidado y no tenemos suficiente conocimiento para comprender qué puede suponer para ellos esta experiencia. El propósito de este estudio ha sido describir las experiencias y saberes de los niños entre 6 y 12 años y a través de la interpretación, comprender el significado que tiene para ellos pasar por una UCIP.

MÉTODO

Estudio de caso múltiples con un enfoque etnográfico

De la metodología cualitativa, el estudio de casos múltiples con un enfoque etnográfico nos permite utilizar varios casos únicos a la vez para estudiar la realidad que se desea explorar, describir, explicar, evaluar o modificar (Rodríguez Gomez, 1999:96). A través del estudio de casos el investigador puede alcanzar una mayor comprensión de un caso particular, conseguir una mayor claridad sobre un aspecto teórico concreto o indagar sobre un fenómeno (Stake 1999:20)

Trabajo de campo

El trabajo de campo comenzó en diciembre de 2004 y finalizó en febrero de 2006. La recogida de datos se hizo a través de entrevistas en profundidad y observación participante. Se llevo a cabo en diferentes escenarios y momentos:

• La vivencia de los niños/as en UCIP

• Después del alta de la UCIP, en una unidad de hospitalización.

• En su domicilio, después del alta hospitalaria.

El primer escenario, la UCIP del hospital de Madrid, con capacidad para 16 niño/as en un hospital de nivel cuatro de la comunidad de Madrid.

El siguiente escenario ha sido la planta de pediatría, donde pasaban una vez dados de alta en la UCI. El tercer escenario ha sido el domicilio del niño/a.

Una vez conseguida la autorización del niño/a y los padres, las entrevistas de los niños en la UCIP se realizaron a pie de cama. Un elemento fundamental para establecer la relación con ellos fueron los juegos. Los tres niños, aunque no se encontraran bien, siempre estaban dispuestos a jugar, a pintar, a dibujar. En la planta de hospitalización, el trabajo lo hice dentro de la habitación, unas veces con la presencia y participación de los padres y otras veces sólo con los niños.

Participantes

Los sujetos principales del estudio han sido: Saray, Lira y Raúl. Saray se murió cuando llevaba varios meses con el trabajo de campo, por eso, ha seguido formando parte del estudio. Sus padres y familias han participado de forma directa o indirecta en las conversaciones y actividades de los niños.

Con Saray y sus padres trabajé de forma continuada durante 5 meses. En la UCIP se realizaron 10 sesiones y en la planta 5. Falleció durante la cirugía de su tercer trasplante hepático. Para cerrar el caso, tuve una entrevista grupal con profesionales de la UCIP: cinco enfermeras, una auxiliar de enfermería, un médico y el supervisor de enfermería. En la planta realice una entrevista con una enfermera.

Con Lira y su familia estuve trabajando de forma continuada durante 3 meses. Tuvimos 5 sesiones en la UCIP, 2 en la planta y 2 en su casa. Con Raúl, su madre y su hermana también estuve trabajando 3 meses, con 3 sesiones en la UCI, 3 en la planta y una en su casa.

Además tuve entrevistas individuales con profesionales de la UCIP: cuatro enfermeras, el supervisor de enfermería, tres médicos y el jefe de servicio. Todas las personas fueron informadas acerca del motivo del estudio y su participación fue voluntaria. Las entrevistas tuvieron lugar en espacios con cierta intimidad para que cada persona pudiera expresarse libremente.

Los nombres que aparecen en estudio, tanto de la institución como de las personas son ficticios, con el fin de preservar su identidad.

RESULTADOS

En el análisis de datos, existen varias maneras de hacer codificación abierta (Strauss y Corbin 2002:131). En nuestro caso se ha realizado el análisis línea a línea, frase por frase, de forma manual, utilizando tal y como propone Medina (2005:57) el método de Glasser y Strauss de las comparaciones constantes. En este proceso se ha llevado a cabo una descomposición inicial de datos desde una perspectiva emic o dimensión descriptiva del análisis y una posterior reconstrucción desde una perspectiva etic o dimensión interpretativa.

Los temas o dominios comunes que emergen del análisis de datos de niños, familias y profesionales: el sufrimiento físico y emocional de los niños, la UCI como entorno estresante y el Modelo biomédico. Se interpretó que el tema principal es el sufrimiento físico y emocional de los niños porque contiene las metacategorías que están presentes en los demás encontrándose una gran relación con el Modelo biomédico.

El sufrimiento físico y emocional de Saray, Lira y Raúl en un contexto biomédico

Las meta categorías que conforman el sufrimiento físico y emocional de los niños son: la fragmentación del sujeto, la UCI como factor de estrés y sentimiento de amenaza, y la tecnificación del cuidado. El modelo biomédico comparten dos metacategorías: la fragmentación del sujeto y la tecnificación del cuidado.

Las categorías las hemos definido:

Modelo biomédico. Descripción de situaciones y actividades profesionales en donde el referente es el conocimiento médico y quedan ocultos otros saberes profesionales, culturales, sociales, familiares e individuales.

Fragmentación del sujeto. Descripción de situaciones y actividades en donde los profesionales tratan al niño/a y a los padres/familia desde una perspectiva biológica como sujetos pasivos, sin tener en cuenta su dimensión afectiva y humana.

Tecnificación del cuidado. Descripción de actividades profesionales, sobre todo enfermeras, en donde el principal protagonista es la técnica, los procedimientos y los parámetros clínicos; sin tener en cuenta al niño/a como persona.

Para acercarnos a la comprensión del tema, es necesario escuchar las voces de los diferentes actores:

La primera experiencia de Saray en la UCIP tuvo lugar con su primer trasplante hepático. Tenía cuatro años:

I = Investigadora

I. ¿Cuántos añitos tenias la otra vez que estuviste en la UVI?

SARAY. cuatro

I. pero? ¿no te acordarás de nada!

SARAY. Me acuerdo de todo. (Saray UCI)

Los profesionales de la UCI reflejan el significado que tiene este lugar para Saray

ELENA- Yo creo que UVI era MUERTE (se refieren a Saray)

Era la percepción que ella tenía... sí estoy mejor, salgo del hueco negro... ¡Claro!... Entonces si estoy en la UVI, me voy a morir.

MARA- Y ¡necesito salir de aquí ! Una de las cosas que ella decía ?me tenéis que sacar de aquí. (Entrevista grupal UCI)

Algunos profesionales aportan una imagen del entorno de la UCI:

Me gustaría que tuviese ventanas, que tuviese más luz, que fuera más cómoda, yo que sé? Lo que me da mucha pena es eso? las ventanas, los niños, esa habitación del fondo, esa Saray ahí, meses y meses que dibuja casas sin ventanas, no sé, que mira para el pasillo como ya perdida totalmente, y eso ha pasado con mas niños en la habitación del fondo . (Enfermera Marina)

Estar solos, sin sus padres, sin su familia; es un tema central para los niños y lo encontramos también en los profesionales. Lira es la niña que se manifiesta claramente acerca de la falta de presencia de los padres en la UCI:

I: Y ¿Qué es lo que más te molestaba Lira?

LIRA: Que no dejen mis padres allí. Eso ¡es que vamos!

I: Y... ¿Tenias miedo de algo? ¿Te daba miedo algo Lira?

LIRA: Si. No era miedo, era como.... era pena por estar sola, sin mis padres? Bueno da igual que estuviera uno, solo me hacia falta aunque sea uno, pero me hacia falta alguien.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Disminuir el sufrimiento físico y emocional de los niños y niñas supone superar las Barreras del cuidado y la comunicación y mejorar el conocimiento de la práctica para que los niños puedan ser tratados como sujetos y a los padres se les pueda facilitar su papel de padres

Las principales barreras que vemos en los resultados del estudio están situadas en un modelo biomédico que lleva a contemplar al niño/a desde una perspectiva biologicista. Es necesario facilitar a los niños las condiciones para que puedan comunicarse con los profesionales, de forma verbal y no verbal, de manera que puedan expresar sus necesidades, sentimientos, dudas, opiniones, sugerencias, miedos.

Sería importante que los padres y familias estuvieran incluidos como parte del equipo terapéutico, dado que son los responsables de sus hijo/as y las personas que van a continuar con sus cuidados y su evolución.

Los profesionales de las UCIP requieren una formación específica, adaptada a las situaciones que tienen que manejar y afrontar en la práctica desde el punto de vista clínico, tecnológico y humano. Esto implica trabajar con aspectos afectivos, relacionales, de comunicación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Board, R. y Ryan-Wenger, N. (2000). State of the science of parental stress and family functioning in pediatric intensive care units. American Journal of critical care, March, vol. 9, nº 2:106-124.

Board, R. y Ryan-Wenger, N. (2002). Long-term effects of pediatric intensive care unit hospitalization on families with young children. Heart & Lung, Vol., 31, Nº 1. January-February.

Carnevale, F.A. (1997). The experience of critically ill children: narratives of unmaking. Intensive and Critical Care Nursing, 13, 49-52.

- Coyne, I. (1995). Parental participation: a critical review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 716-722.
- Coyne, I. (1996). Parent participation: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 733-740.
- Coyne, I. (2006). Consultation with children in hospital: children, parents? and nurses? perspectives. *J Clin Nurs*, Vol 15, Issue 1, January, pp. 61-71.
- Darbyshire, P. (1993). Parents, nurses and paediatric nursing: a critical review. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1670-1680.
- Endacott, R. (1998). Needs of the critically ill child: a review of the literature and report of a modified Delphi study. *Intensive and Critical Care*; May; 66:73.
- Hart, D. y Bossert, E. (1994). Self-Reported Fears of Hospitalized School-Age Children. *Journal of Pediatric Nursing*, Vol. 9, Nº 2 (abril).
- Medina Moya, J. L. (2005). *Deseo de Cuidar y Voluntad de Poder*. Barcelona: Publicacions i Edicions. Universitat de Barcelona.
- Melnyk, M. B. (2000). Intervention studies involving parents of hospitalized young children: an analysis of the Past and future recommendations. *Journal of Pediatric Nursing*, Vol. 15, nº 1 (February).
- Palmer, S. J. (1993). Care of sick children by parents: a meaningful role. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 185-191.
- Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J. y García Jiménez, E. (1999. 2ª ed.) *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Stake, R.E. (1999). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.
- Straus, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Editorial Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.
- Van Manen, M. (2003). *Investigación educativa y experiencia vivida*. Barcelona: IDEA Educación.

POSTER 2**AUTORES/AUTHORS:**

MANUEL PALACIOS ORTEGO, SANDRA PIRES ALVAREZ, PILAR GARCIA VELASCO

TÍTULO/TITLE:

Dolor postoperatorio en nuestro Centro: prevalencia, intensidad y grado de satisfacción de los pacientes

1.- Objetivo: aproximación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio en el ámbito quirúrgico relacionado con la docencia de nuestra Escuela de Enfermería. Se valora:

- La efectividad de la analgesia administrada
- El grado de satisfacción del paciente en relación al tratamiento de su dolor, discriminando entre el papel del facultativo y el de enfermería
- La necesidad de analgesia de rescate.
- Se cuantifica el tiempo percibido por el paciente desde que solicita analgesia hasta que la recibe.

2.- Material y Métodos: estudio descriptivo en el que participaron de forma secuencial 50 pacientes intervenidos quirúrgicamente de forma programada en los Servicios de Traumatología, Ginecología, Cirugía General, Urología.

Como instrumento de medida se utilizó el cuestionario de la Sociedad Americana del Dolor traducido al castellano con leves modificaciones. Para medir la intensidad del dolor se utilizó la escala visual analógica (EVA). La recogida de datos fue realizada por alumnos de la Escuela Universitaria de enfermería de Palencia matriculados en la asignatura de dolor: síndromes y tratamiento. Se visitó al enfermo una vez en planta (excluida valoración en sala de reanimación) en las 24 h siguientes a la intervención. Se le leía el cuestionario y se le explicaba los ítems necesarios.

3.- Resultados: en el estudio se incluyeron 50 pacientes, 15 hombres (30%) y 35 mujeres (70%), edad media $57 \pm 13,7$; la distribución de pacientes por especialidades fue: Traumatología 12 (24%), Cirugía 23 (46%), Ginecología (24%), Urología 3 (6%). 25 pacientes (50%) refirieron dolor en las últimas 24 h; 21 pacientes (42%) refirieron dolor severo ($EVA > 6$) con una media de $8,2 \pm 1,57$; después de recibir analgésicos 47 pacientes (94%) refirieron dolor controlado ($EVA \leq 3$); el paciente valoró la satisfacción en relación al tratamiento de su dolor como muy satisfactoria 44% para enfermería y 38% para facultativos, satisfactoria 44% para enfermería y 46% para facultativos, muy insatisfactorio en el 12% en ambos casos. El 42% de los pacientes demandaron más analgesia y el tiempo de espera percibido en el 90% de los casos fue 15 min .

4.- Discusión: el adecuado tratamiento del dolor postoperatorio minimiza el síndrome funcional negativo desencadenado con la respuesta biológica, esto conlleva la disminución de la morbimortalidad y la repercusión socioeconómica negativa. Pero a pesar de conocer todas estas implicaciones, la prevalencia del dolor postoperatorio en el Centro objetivo de nuestra encuesta, es del 50% tras las 24h de la intervención, con un 42% de dolor severo que coincide con el porcentaje de pacientes que demandaron analgesia extra a la ya prescrita.

El 94% de los pacientes manifestaron dolor controlado después de recibir analgésicos

Debemos resaltar el papel de enfermería en este Centro en cuanto al tratamiento del dolor postoperatorio. Por un lado, entre los principales factores implicados en la falta de control del dolor postoperatorio está el retraso en la administración de la medicación, hecho que no encontramos en nuestro estudio ya que el tiempo de espera percibido por los pacientes fue, en la práctica totalidad de los casos 15 min . Además, el grado de satisfacción de los pacientes con el trabajo de enfermería en cuanto al dolor fue valorado en el 88% de los casos como satisfactorio o muy satisfactorio (50%-50%) siendo superior a la valoración otorgada al facultativo (46%-38% respectivamente).

Pero no nos dejemos engañar, a la vista de estos resultados, es obvio que queda mucho camino por hacer, sigue siendo muy alto el porcentaje de pacientes con dolor severo en el postoperatorio, por ello hay que insistir en la importancia de la valoración y registro del dolor como "quinta constante vital". Debemos fomentar el uso de escalas de valoración del dolor (EVA, escala numérica de valoración, etc) entre el personal sanitario y la población familiarizando su uso. También es función de enfermería educar a los pacientes sobre la necesidad de controlar el dolor para evitar efectos negativos y de demandar analgésicos cuando su dolor se incrementa o persista ($EVA > 3$).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR (editorial de la SED)

POSTER 5**AUTORES/AUTHORS:**

VANESA FERNÁNDEZ-PAN ASTACIO, IRENE VEGARA LÓPEZ, MARÍA CERVERA PERALES, RAMON PASTOR GARCIA

TÍTULO/TITLE:

Rotación y descenso de la cabeza fetal en nulíparas con analgesia epidural en posición decúbito lateral modificada

Introducción

Desde que la analgesia epidural ha pasado de ser una indicación médica a una elección de la mujer, ha aumentado el número de gestantes en las que se asocia el trabajo de parto con la epidural debido a que es la forma más efectiva de aliviar el dolor asociado al parto, siendo la administración media del 40% en partos espontáneos y ascendiendo al 68% en los partos inducidos (1,7).

Este aumento en la utilización de la analgesia epidural ha evidenciado en la práctica clínica sus efectos colaterales (2,3), sobre los que no podemos actuar para eliminarlos, sino simplemente tratarlos sintomáticamente.

Sin embargo, hay otros efectos, como el aumento del periodo de dilatación y expulsivo, el aumento del número de partos instrumentados y cesáreas y el aumento de malposiciones fetales que parecen relacionados directamente con la administración de la analgesia epidural en el trabajo de parto (3,4,5,6,7), y sobre los cuales pensamos que podemos intervenir para disminuir dicho periodo modificando la posición materna.

En nuestro medio hospitalario las mujeres con analgesia epidural permanecen durante la dilatación en decúbito supino o semiincorporadas en cama, restringiéndose su libertad de movimiento debido a la monitorización de todo el proceso y a la pérdida de movilidad de los miembros inferiores.

Al revisar varios artículos científicos en relación a las distintas posiciones que adopta la mujer durante el periodo expulsivo (a partir de la dilatación completa del cuello uterino), hemos encontrado unanimidad respecto a los beneficios que aporta cualquier tipo de posición lateral o vertical, en comparación con la posición supina o de litotomía, asociándose con una disminución en la duración del periodo expulsivo, reduciéndose los partos instrumentados y con menos patrones de frecuencia fetal anormal. (8, 9, 10, 11).

Objetivos: Evaluar la eficacia de la postura decúbito lateral modificada respecto a la duración del segundo periodo de parto, la rotación y el descenso del cilindro fetal por el canal del parto en mujeres nulípara con analgesia epidural.

Metodología:

Periodo de estudio. De Agosto de 2009 a Febrero de 2010.

Diseño. El diseño de nuestro estudio corresponde a un estudio experimental verdadero.

El estudio parte, en este caso, de las mujeres que acuden al Hospital Universitario de San Juan, Hospital General Universitario de Alicante y cumplan los criterios de inclusión / exclusión. Se clasificarán en dos grupos: un grupo control que recibirá la asistencia en la postura de Semifowler y un grupo de intervención al que se asistirá en posición decúbito lateral modificada.

Población. Gestante que acudan a los hospitales citados anteriormente y cumplan los criterios de inclusión (gestantes nulípara entre 20 y 40 años, gestación a término (entre semana 37 ? 42), feto único, longitudinal y cefálica, gestante en dilatación completa y analgesia epidural previa en perfusión continua). Criterios de exclusión (pacientes con dificultad en el registro del latido cardiaco fetal que impida la libre movilidad, lateralización de la analgesia epidural superior a dos dermatomas, e imposibilidad de determinar la variedad de posición fetal)

Muestra. La selección y distribución de la muestra se lleva a cabo mediante muestreo no probabilístico consecutivo de las gestantes que cumplan los criterios de selección. La asignación se realizara de forma aleatoria y con ocultación de la misma por medio de un listado elaborado mediante una tabla de números aleatorios de manera previa, a partir del momento en que se cumpla el principal criterio de inclusión, que es la administración de la analgesia epidural.

VARIABLES DE INTERVENCIÓN. Postura grupo experimental. Adoptará la postura decúbito lateral modificada que consiste en la colocación de la mujer sobre el lado donde determinemos que está la fontanela menor fetal, separando ambos miembros inferiores colocados en paralelo ayudándonos de un cojín adecuado a nuestro procedimiento. Postura grupo control. Adoptará las posición de semi-Fowler **VARIABLES RESULTADO.** Duración del expulsivo. Tiempo comprendido desde la dilatación completa hasta la salida del feto, se medirá en minutos. Tipo de parto. Eutócico, instrumental (especificando el tipo de instrumento utilizado) o cesárea. Uso de espisiotomía. Grado de satisfacción materna con la postura asignada: Se medirá a través de una escala analógica visual. **VARIABLES A CONTROLAR.** Características maternas, fetales básicas de control obstétrico-neonatal.

Análisis de datos Se realizará una descripción estadística de las variables categóricas y continuas de este estudio: distribución de frecuencias, proporciones e intervalos de confianza al 95% (IC95%) para las variables categóricas, y la media, mediana, desviación

típica, máximo y mínimo e IC95% para las variables continuas. Se evaluará la comparabilidad inicial de los grupos de las variables de control. Se asumirá un nivel de significación estadística de $p < 0,05$. Se utilizará el paquete estadístico SPSS v.12.0 para Windows.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Domínguez Rojas AM, Fernández Soriano MA. Analgesia epidural y finalización del parto. *Enferm Cientif* 2002; Nov-Dic: 28-32.
2. Enrique Ramón Arbués, Inés Díaz Bello. Controversias del uso de analgesia epidural en el trabajo de parto. *Nure investigación*, nº 37, Noviembre ? Diciembre 08.
3. Ellice Lieberman and Carol O'Donoghue. Unintended effects of epidural analgesia during labor: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* May 2002 Volume 186, number 5.
4. Ellice Lieberman, Karen Davidson, Aviva Lee-Parritz and Elizabeth Shearer. Changes in fetal position during labor and their association with epidural analgesia. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*. Vol 105, No 5 part 1 may 2005
5. J. Fernandez-Guisasola, G. Rodriguez Caravaca, M^a L. Serrano Rodriguez, T. Delgado Gonzalez, S. Garcia del Valle, J.I. Gomez-Arnau. Analgesia epidural obstétrica: relación con diversas variables obstétricas y con la evolución del parto. *Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim.* 2004; 51: 121-127
6. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
7. Ruiz FJ, Lacal JF, Prado M de, Gomáriz MJ, Rodríguez MI, Castellano Fd. Analgesia epidural y parto. Resultados obstétricos y perineales. *Matronas Prof.* 2001; 4 Jun: 27-30.
8. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
9. Benito Gonzalez E, Rocha Ortiz M. Posiciones maternas durante el parto. Alternativas a la posición ginecológica. *REv Facultad de Ciencias de la Salud*. Vol. 3.2005
10. Soo Downe, David Gerrett, Mary J. Renfrew. A prospective randomised trial on the effect of position in the passive second stage of labour on birth outcome in nulliparous women using epidural analgesia. *Rev: Midwifery* (2004) 20, 157-168
11. Carreras I. Posición materna durante el segundo periodo del parto: revisión de evidencias. *Rev. Evidentia sept-dic* 2005; 2 (6).

POSTER 6

AUTORES/AUTHORS:

SONIA PARDO MOYA, PAULA FERNANDEZ VILLALBA, LENA VAZQUEZ VERDERA, BEATRIZ DELGADO

TÍTULO/TITLE:

TRADUCCIÓN ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE

ANTECEDENTES La evaluación de la satisfacción materna en el proceso de parto identifica su vivencia y evalúa los resultados de los cuidados, siendo ésta un indicador de calidad^{1,2}. En la revisión de la literatura hay seis factores determinantes en la satisfacción materna: alivio del dolor, autocontrol, autoeficacia, expectativas previas, acompañamiento, contacto precoz y permanencia del recién nacido con la madre³⁻⁷. En castellano no se halló ningún instrumento para evaluar la satisfacción materna. La escala ?Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale? (MCSRS), incluye todos los factores determinantes, no ha sido adaptada hasta el momento en países de habla castellana, pero sí ha sido validada y empleada en Bélgica y Holanda⁸ (poblaciones y sistemas sanitarios diferentes). El objetivo del estudio es traducir y adaptar la MCSRS al castellano y validarla para obtener un instrumento de medición de la satisfacción materna de la vivencia de parto.

METODOLOGÍA Estudio descriptivo transversal. **SUJETOS** Puérperas tras parto vaginal o cesárea intraparto, recién nacido vivo, entre 18 y 38 años, a término, gestación única y que deseen participar. **Exclusión:** problemas de comunicación, cesáreas programadas, puérperas >48 horas. **Muestreo** no probabilístico consecutivo. El tamaño muestral será de 340 mujeres⁹.

VARIABLES La satisfacción, se utilizará la MCSRS-E traducida y adaptada al español; Consta de 34 ítems, utilizando una escala ordinal tipo Likert³ de cinco opciones. Contiene cinco sub-escalas (autocontrol, acompañante, recién nacido, personal de enfermería, personal médico) representando los comportamientos de los participantes en el evento y otra sub-escala para evaluar el proceso global de dilatación y expulsivo permitiendo evaluarlas cada una de forma independiente para tener la posibilidad de correlacionarlas. **Recuerdo del dolor global del proceso de dilatación y expulsivo**, medido mediante la ?Escala Visual Análogica del dolor? EVA¹⁰. **Variables recogidas por medio de la hoja de auto-cumplimentación:** Edad materna, país de origen, estado civil, nivel de ingresos económicos, embarazo planificado, asistencia a educación maternal, métodos de alivio del dolor durante el parto, presencia de acompañante, tipo de vínculo con acompañante, presencia de la misma matrona, contacto precoz con el recién nacido, permanencia del recién nacido con la madre, inicio precoz de lactancia materna, posibilidad de ingesta durante el parto y libertad de movimientos. **Variables recogidas de la historia clínica:** Fórmula obstétrica, tipo de inicio del parto, uso de oxitocina, duración de la dilatación, duración del expulsivo, modo de terminación del parto, métodos de alivio del dolor, dilatación en el momento de la epidural, amniorrexis artificial, dilatación en el momento de la amniorrexis, apgar del recién nacido al minuto y a los cinco minutos, recién nacido atendido por el pediatra e ingreso del recién nacido en Unidad Neonatal.

RECOGIDA DE DATOS Se diseñará un Consentimiento informado, una hoja de recogida de datos en la que se recogerán las variables extraíbles de la historia clínica y un cuestionario auto-administrado que incluirá: Hoja de instrucciones para la cumplimentación del cuestionario, la MCSRS-E, la EVA referida al grado de dolor global y la hoja de variables de auto-cumplimentación.

TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL¹¹ Se traducirá la MCSRS al español por 2 traductores. Se realizará una reunión de consenso. Se realizará la retro-traducción por otros 2 traductores diferentes, que desconocerán la versión original. Se realizará otra reunión de consenso. Se realizará una prueba con 10 mujeres, para realizar el estudio de interpretabilidad de los ítems. Por último se realizará otra reunión de consenso obteniendo la versión definitiva MCSRS-E.

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO MCSRS-E¹². Seleccionadas las mujeres, se les hará entrega del consentimiento informado y posteriormente del cuestionario de auto-cumplimentación. Los investigadores se entrenarán en un protocolo de administración uniforme. La entrega tendrá lugar dentro de las primeras 48 horas posparto. Dispondrán de 60 minutos para cumplimentarlo. Con una muestra de 15 mujeres se realizará una verificación y comprobación de todo el proceso.

CONSIDERACIONES ÉTICAS Se obtendrán las autorizaciones de: la autora de la escala original, los responsables del servicio y el comité de ética e investigación del Hospital. El presente trabajo de investigación respetará en todo momento los principios éticos básicos de la declaración de Helsinki y la ley orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal.

ANÁLISIS DE DATOS Se realizará un análisis descriptivo y cálculo de proporciones. La fiabilidad o consistencia interna de la escala se establecerá para el conjunto de todos los ítems mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach y las correlaciones ítem-test para mostrar las correlaciones de cada ítem con el resto de los ítems de su dimensión. Se aplicará el coeficiente de correlación de Spearman para la relación del dolor (EVA) y la satisfacción. Se estimará la validez de constructo mediante un análisis factorial exploratorio de los ítems para identificar cómo se agrupan los ítems de la escala, a partir de la matriz de correlaciones entre ellos. Se utilizará el programa estadístico SPSS versión 16.0.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)* 2000; 114 (Supl 3): 26-33.
2. Hodnett E.D. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002; May; 186: 160-72.
3. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs* 2004; Apr; 46(2): 212-9.
4. Catrin E, Rachel C, Povey W, David G. Predicting women's intentions to use pain relief medication during childbirth using the Theory of Planned Behaviour and Self-Efficacy Theory. *J Reprod Infant Psychol* 2008; 26(3): 168-79.
5. Lally JE, Murtagh MJ, Macphail S, Thomson R. More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Medicine* 2008; 6: 7.
6. Christiaens W, Bracke P. Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Health Services Research* 2007; 7: 26.
7. Wan Yim I, Wing C. Childbirth Expectations and Feelings of Control during Labor. Disponible en http://www.midwives.org.hk/icm_conference/presentation/03_Cheung%20Wing-HK.pdf.
8. Christiaens W, Gouwy A, Bracke P. Does a referral from home to hospital affect satisfaction with childbirth? A cross-national comparison. *BMC Health Services Research* 2007; 7: 109.
9. Grau G. Metodología para la validación de cuestionarios. *MEDIFAM* 1995; 5: 351-359.
10. Serrano-Atero MS, Caballero J, Cañas A, García-Saura PL, Serrano-Álvarez C, Prieto J. Pain assessment (I). *Rev Soc Esp Dolor* 2002; 9: 94-108.
11. Casas J, Reullo JR, Pereira J. Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. *Med Clin (Barc)*. 2001; 116: 789-96.

POSTER 10**AUTORES/AUTHORS:**

ANA ALMAZAN ARANDA, ANA DOMINGUEZ ROMERO

TÍTULO/TITLE:

Estudio de complicaciones de neonatos de gestación no controlada, ingresados en el Hospital Comarcal de Melilla

Estudio de las complicaciones en recién nacidos ingresados en neonatología del Hospital Comarcal de Melilla, procedentes de embarazos no controlados y madres inmigrantes.

Objetivos: analizar las repercusiones de una gestación no controlada sobre el recién nacido, conocer las circunstancias del parto, identificar la población de riesgo, con el fin de conocer las necesidades de estos pacientes, facilitar una adecuada educación sanitaria y proporcionar información sobre los recursos sanitarios de la ciudad.

Método:

Ámbito: servicio de neonatos, paritorio y tocología del Hospital Comarcal de Melilla.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Sujetos: recién nacidos ingresados en Neonatos en el primer trimestre del 2009, total 121, y, en concreto los que en su historia clínica existía constancia de gestación no controlada, total 41,.

Variables: cualitativas; motivo de ingreso, motivo de cesáreas urgentes, complicaciones durante el ingreso. Las variables cuantitativas fueron número de partos y cesáreas urgentes.

Método para obtención de datos; consultamos historias clínicas, programa gacela, revisión de libro de registros de partos y libro de registros de ingresos en neonatos. Cruzamos los datos obtenidos de los ingresos en neonatos con los registros de embarazos no controlados, conseguimos localizar a las madres con diagnóstico "atención perinatal insuficiente", de esta manera nos asegurábamos que los casos estudiados iban a ser de "no controlados".

Análisis de datos: recopilamos los motivos de ingreso de los recién nacidos de gestantes no controladas, calculamos las frecuencias absolutas, relativas y proporciones. Contabilizamos el número de partos, número de cesáreas (todas ellas urgentes puesto que si no son controladas no se las pueden programar). Analizamos los motivos de cesáreas urgentes, calculamos las frecuencias absolutas, relativas y proporciones. Analizamos las complicaciones durante el ingreso de los neonatos, calculamos las frecuencias absolutas, relativas y proporciones.

Resultados; pudimos comprobar que el 100% de las madres de los recién nacidos ingresados en neonatología, procedentes de una gestación no controlada, eran inmigrantes de origen marroquí y no hispanoparlantes. De las cuales, 54% fueron partos eutócicos y un 46 % cesáreas urgentes. Los motivos de cesáreas fueron por desproporción céfalo pélvica 42%, riesgo de pérdida de bienestar fetal en un 27%, rotura prematura de membranas 11%, 5% en presentación podálica, 5% no progresión, 5% hemorragias placentarias, 5% prolapso de cordón.

Los motivos de ingresos de los neonatos de gestación no controlada fueron, en su mayoría para observación médica 22%, prematuridad en un 17%, sobrepeso en un 15%, Hiperbilirrubinemia 10%, malformaciones 10%, riesgo séptico 10%, por problemas sociales (adopción) 2%, distres respiratorio 7%, asfixia perinatal 2%, hipoglucemias 5%.

Pudimos contabilizar 55 casos de complicaciones desarrolladas durante el ingreso de estos niños, las cuales, fueron en su mayoría de carácter infeccioso, un 43% desarrollaron sepsis, un 16% hipoglucemias, 15% ictericia, un 11% distres respiratorio, al 9% se le tuvo que intubar y mantener con ventilación mecánica, tuvimos un caso de cuadro convulsivo, dos traslados a otro hospital y dos exitus.

Discusión: ni que decir tiene que tras los datos obtenidos es de vital importancia el seguimiento de la mujer gestante, es imposible saber si la gestante ha tenido alguna complicación durante el embarazo (diabetes, HTA), un dato cultural que pensamos que pudiera tener interés, es la práctica del ayuno que realizan algunas gestantes durante el ramadán (*), (desconocemos si lo hicieron el grupo que estudiamos, pero no descartamos la posibilidad), o si padecen alguna enfermedad infecciosa que pueda poner en peligro la vida de su hijo. De ahí que un porcentaje alto 45% fueron cesáreas urgentes y que la mayoría de los recién nacidos tuvieron que ser tratados con antibióticos debido a la sepsis neonatal.

Viendo los resultados, consideramos necesario ampliar nuestro estudio e incluir en un futuro los recién nacidos procedentes de gestaciones controladas.

Nos parece que es importante:

1. Una elaboración de guías de actuación para el personal sanitario que receptionamos a estos pacientes. Dada la premura con la

que nos vemos obligados a actuar siempre.

2. La incorporación de mediadores interculturales en el hospital con el fin de favorecer la comunicación, de esta manera comprender las necesidades sanitarias y conocer los antecedentes maternos.
3. La educación para la salud en servicios sociales y sanitarios enfocados a la población inmigrante.
4. Favorecimiento del acceso de las gestantes a los servicios sanitarios e información sobre los recursos socio sanitarios que están a su disposición en nuestra ciudad.
5. Mayor comunicación con los servicios sanitarios y centros de estancia temporal de inmigrantes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

La salud en el siglo XXI: el reto de los cuidados multiculturales. B. Artigas-Lelong y otro. Index de enfermería. Primer Trimestre 2009. Vol. 18, nº1 pg 42-45.

Intención de colecho en el puerperio según características sociodemográficas de las madres. ¿qué podemos recomendar los profesionales de enfermería?. M^a T. Roldán y otros. Index enfermería. Primer trimestre 2009. Vol. 18, nº1, pg 8-12

Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal. Asistencia del RN de alto riesgo. Talvez-Silva. Panamericana. 2003. Capítulo 1 pg4-10.

Enfermería en la atención perinatal. M. Vargas Guerrero y otro. Revista de enfermería. Instituto Mexicano del seguro social. Vol 4, nº 2-3, 1997. pg 71-72

POSTER 11**AUTORES/AUTHORS:**

Rosa Antolin Rodriguez, Laura Moure Fernandez, Maria Jose Pualto Duran, Carlos Salgado Alvarez

TÍTULO/TITLE:

Satisfacción de los estudiantes de enfermería con la implantación del Diario de Prácticas Clínicas.

Objetivos: Conocer la opinión de los/as estudiantes de 3º curso de Enfermería, sobre la realización de un diario durante sus prácticas clínicas.

Específicos: Conocer la apreciación de los/las estudiantes sobre su aprendizaje práctico-clínico.

Valorar la percepción del alumnado sobre la tutorización recibida.

Averiguar si los estudiantes consideran realizables los objetivos que deben alcanzar en sus prácticas clínicas.

Metodología: Se utilizó por primera vez el diario de prácticas clínicas para reforzar el aprendizaje durante el curso 2008/09 a los/as 53 estudiantes matriculados en la asignatura de Enfermería Médico-Quirúrgica 2, que se imparte en 3º curso en la E.U.E.

Meixoeiro. Antes de comenzar las prácticas, se les hizo entrega de los objetivos específicos que debían alcanzar en cada una de las unidades, al mismo tiempo se les explicó el propósito y las características del diario, que debían de cumplimentar cada día durante su periodo de prácticas clínicas. La tutorización fue realizada en la unidad por una enfermera/o asistencial y supervisada dos veces a la semana por la profesora responsable de la asignatura. Una vez finalizadas las practicas y para valorar de forma cuantitativa, en que medida había influido la realización del diario en los diferentes aspectos del aprendizaje, se les pidió a las/los estudiantes su participación en el estudio, mediante la cumplimentación anónima de una encuesta utilizada previamente por Moreno con 6 items, a la que se han añadido 3 items mas, y con cinco posibles respuestas (en ninguna medida, en escasa medida, aceptablemente, en buena medida y en gran medida) .Los resultados se calcularon mediante frecuencias utilizando el programa SPSS (versión 14.0).

Resultados: Respondieron al cuestionario el 100% de las/os estudiantes que realizaron las prácticas.

Un 35,8% consideró que la realización del diario había aumentado su responsabilidad aceptablemente y un 41,5% en buena medida.

En cuanto a si el diario les había facilitado la reflexión sobre las áreas donde habían tenido alguna dificultad: un 39,6% considero que su influencia fue aceptable mientras que un 24,5% consideró que en buena medida.

Al valorar si el diario mejoraba la relación con los pacientes y familiares: un 18,9% contestó que en ninguna medida y un 52,8% en escasa medida.

Respondieron que la información y el contacto con el profesor de la asignatura facilitó el desarrollo del diario: aceptablemente un 41,5%, en buena medida un 43,4%.

Pensaron que el diario mejoró la relación con las enfermeras asistenciales: en ninguna medida un 20,8%, en escasa medida un 34% y aceptablemente un 32,1%.

En cuanto al conocimiento de los objetivos por parte de las enfermeras asistenciales: un 41,5% responde que en ninguna medida los conocen y un 30,2% aceptablemente.

Opinaron que les había servido como parte de crecimiento y desarrollo personal: aceptablemente un 30,2% y en buena medida un 35,8%.

A la pregunta de si elaborar el diario de prácticas había representado una mejora en cuanto a otras actividades realizadas en los cursos anteriores contestaron: aceptablemente un 26,4% en buena medida un 41,5% y en gran medida un 20,8%.

En cuanto a si los objetivos en relación a las actividades a desarrollar en las prácticas clínicas eran realistas respondieron que: aceptablemente un 45,3% en buena medida un 35,8% y en gran medida un 17%.

Conclusiones: Este estudio nos ha permitido valorar una herramienta que aunque utilizada en otros ámbitos, no había sido utilizada en nuestra Escuela.

En función de los resultados encontrados consideramos que la realización del diario de prácticas clínicas por los/alumnos, es un factor importante que les ayuda en las distintas situaciones que se les plantea en su quehacer diario. El escribir sus experiencias y sentimientos, se puede considerar como un instrumento de aprendizaje y reflexión, por lo que sería de gran importancia hacer extensiva esta herramienta a las demás asignaturas con prácticas clínicas.

Pensamos que una mayor implicación del profesorado de estas asignaturas con las enfermeras asistenciales en cuanto a la tutorización y las competencias que los alumnos deben adquirir en sus prácticas clínicas, mejoraría la calidad de éstas y les daría una mayor seguridad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

[1]Moreno-Preciado M, Ruiz-Lopez M, El diario reflexivo: Herramienta pedagógica innovadora en las prácticas de enfermería .Disponible en:

<http://www.uem.es/myfiles/pageposts/jiu/jiu2007/archivos/EVAL%20ALTERNATIVAS/Moreno%20Preciado,%20Manuel.pdf>.

[Consultado el 16 Mayo 2009].

[2]Fargues-García I, Guillaumet-Olives M, Serret-Serret M, Ciendones-Carbonell M. Diario reflexivo de prácticas clínicas:percepción de la experiencia de estudiantes de Enfermería. Metas de Enferm. 2007;10(7):26-30.

[3]Pérez-Andrés C, Alameda-Cuesta A, Albéniz Lizarraga C. La formación práctica en enfermería en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales Un estudio cualitativo con grupos de discusión Rev Esp Salud Pública 2002;76(5 setiembre-Octubre):517-30.

[4]Serratusell-Sabater E, Tur-Ortega JJ, Sansó-Martínez N. Proyecto de evaluación de una acción formativa en enfermería. Rev Tesela. 2008;3.

[5]Lora- Lopez P, Zafra-Fernandez JL, Coronado- Carvajal P, Vacas- Díaz C. Una experiencia sobre la utilización del diario reflexivo como instrumento de seguimiento y evaluación de las prácticas hospitalarias del alumnado de enfermería. Enferm Global [revista en Internet]2008;[Consultado 14 Abril 2009];12:Disponible en: <http://www.um.es/eglobal>

[6]Olive-Ferrer M. Implementación del portafolio del estudiante en la asignatura "fonaments d'infermeria" como instrumento para el aprendizaje reflexivo y crítico. e-educare 21.2004;13

POSTER 12**AUTORES/AUTHORS:**

CONXI ASTIAZARAN GARAYALDE, GLORIA CAROL MOYANO, MONTSE VIDAL PIÑOL, MARIA SARASA BERNABE, M.JESUS ARROYO DORADO, OLGA GOMEZ RAMON

TÍTULO/TITLE:

CONDUCTA DEL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN LA ANTICOAGULACIÓN ORAL

INTRODUCCIÓN

La enfermedad tromboembólica es la primera causa de muerte en los países occidentales y presenta una alta morbilidad que se acompaña con frecuencia de secuelas e invalideces requiriendo un gran consumo sanitario(1). La profilaxis con Tratamiento anticoagulante oral (TAO), es una herramienta muy eficaz y puede prevenir una gran mayoría de eventos tromboembólicos (2) y (3). Los anticoagulantes orales son considerados ? Medicamentos de Alto Riesgo?(4), por sus características especiales : dosis variable, estrecho margen terapéutico, interacciones con otros fármacos, complicaciones hemorrágicas y frecuentes controles. Debido a todo esto es preciso llevar un seguimiento cuidadoso de la dosificación y una continua vigilancia clínica y analítica. Un mal control puede generar complicaciones graves(5).

OBJETIVOS

General: Valorar la conducta de cumplimiento terapéutico del tratamiento de anticoagulación oral (TAO) en la consulta de Atención Primaria.

- Específicos:
- Identificar el nivel de conocimientos relacionados con el TAO.
 - Valorar la autogestión de cuidados ante situaciones especiales del paciente con TAO.
 - Definir la responsabilidad ante el control y/o la interrupción del tratamiento.

METODOLOGÍA

Diseño: Estudio descriptivo, transversal.

Ámbito: Rural: Área Básica de Salud (ABS) Baix Penedès Interior en la provincia de Tarragona integrada por 4 municipios y con una población asignada de 13.901 habitantes.

Sujetos: 205 adultos con TAO que realizan el seguimiento desde Atención Primaria. Se excluyen los pacientes encamados, inmovilizados, desplazados y pacientes con deterioro cognitivo.

Método e Intervenciones: Para valorar los conocimientos de los usuarios respecto a su tratamiento hemos pasado un cuestionario de elaboración propia con preguntas cerradas siempre por el mismo profesional en el que determinamos 3 ámbitos de estudio :

1.- Conocimientos :

- Indicaciones por la cuales le han prescrito el TAO.
- Efectos adversos.
- Interacciones farmacológicas.
- Necesidad de un control frecuente.
- Circunstancias ante las que deberían acudir a Urgencias.

2.- Cumplimiento :

- Asistencia al control.
- Actitud ante la administración de un tratamiento inyectable o una analítica de sangre.

3.- Responsabilidad :

- Ante el olvido de una dosis.
- Ante un fallo de asistencia al control.

RESULTADOS

Total de pacientes incluidos en el estudio: 81

La media de edad es de 81 años con un rango de 35 a 90 años.

La distribución por sexos es de 43 hombres (53,08%) y 38 mujeres (46,9%).

Sobre los conocimientos :

- 38,2% conocen las indicaciones por las cuales se les pautó el TAO.
- 65,4% No conocen los efectos adversos del TAO.
- 47% desconocen los fármacos que interaccionan con el TAO.
- 50,6% No saben el porqué de un control frecuente.
- 68% No saben en que circunstancias han de acudir a Urgencias.

Sobre el cumplimiento :

- 92,5% Asisten al control el día señalado
- 46,9% Advierten al sanitario que siguen TAO previa administración inyectable y cambios de tratamiento

Sobre la responsabilidad:

- 75,3% Actuarían de forma correcta ante un olvido de pastilla o un fallo de asistencia al control

CONCLUSIONES

Observamos un bajo nivel de conocimientos que podemos atribuir a la edad avanzada de estos pacientes.

Aun con un buen cumplimiento terapéutico, asistiendo a los controles y siguiendo las indicaciones prescritas en la hoja de tratamiento, se objetiva un déficit de conocimientos en los pacientes con TAO. Este déficit puede incurrir en conductas de riesgo que afecten negativamente a la evolución de la enfermedad y su tratamiento.

Propuestas de mejora:

Básicamente incidir en la educación sanitaria protocolizando visitas de seguimiento adecuadas a su edad implicando a los responsables familiares o cuidadores mas directamente relacionados con el paciente

- Ayuda para el autocuidado.
- Manejo de la medicación prescrita.
- Fomento de la implicación familiar.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

- 1.- Grupo multidisciplinar para el estudio de la enfermedad tromboembólica en España. Estudio sobre enfermedad tromboembólica en España. Madrid: Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI): 2006
 - 2.- Fitzmaurice D, Blann A, Lip H. Vlinical review. ABC antithrombotic Therapy. Bleeding risks of antitrombotic Therapy. BMJ. 2002;325: 824-31.
 - 3.- Fitzmaurice D. Oral anticoagulation control: The European perspective. J. Thromb thrombolysis. 2006; 21: 95-100
 - 4.- Centro de investigación para la seguridad clínica de los pacientes. Fundación MAFRE. Medicina y Fundación Avedis Donabedian. Alertas de Seguridad en Atención Sanitaria. Alerta Nº 8: Utilización de medicamentos de alto riesgo
 - 5.- Semfyc . Congreso . Valladolid Noviembre 2007 ¿A tu encuentro?. Taller clínico interactivo : Seguimiento de los anticoagulantes orales en Atención Primaria por Alonso R. (Consultado el 23-03-2009).
- Disponible en : <http://congreso2007.semfyc.gatewaysc.com/>

POSTER 14**AUTORES/AUTHORS:**

Ana Carolina Baptista Bento, João Fernando Marcolan

TÍTULO/TITLE:

PERFIL DEL PORTADOR DE COMPORTAMIENTO SUICIDA ATENDIDO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO EN 2007 Y 2008.

Introducción: El comportamiento suicida es uno de los problemas mundiales de la salud pública. Objetivo: Verificar el perfil del portador del comportamiento suicida atendido en una unidad de emergencia del hospital universitario en 2007 y 2008. Método: Estudio exploratorio-descriptivo, cuantitativo; análisis de las 122 fichas de atendimento con el diagnóstico de comportamiento suicida. Resultados: 61 (50%) del sexo femenino y 61 (50%) del masculino; 15 (12.3%) mujeres y 18 (14.8%) hombres trabajaban; las mujeres (27.9%) y los hombres (27.9%) prefirieron intentar suicidarse en las noches y en las madrugadas; 20 (16.4%) mujeres y 17 (13.9%) hombres habían intentaron suicidarse ante; 9 mujeres (7.4%) y 23 (18.8%) hombres utilizaron drogas de abuso; una minoría planeó intentar suicidarse (2.4%); 12 (9.8%) mujeres y 7 (5.7%) hombres se arrepintieron; 26 (21.3%) mujeres y 28 (22.9%) hombres eran portadores de trastornos mentales; 20 (16.4%) mujeres y 19 (15.5%) hombres tuvieron tratamiento anterior, siendo el más citado el uso de remedios (18.1% mujeres y 13.1% hombres). En mujeres y hombres, respectivamente, los métodos más usados fueron la ingestión de remedios (25.4% y 13.1%), cortarse los pulsos y automutilarse (4.8% y 5.7%), lanzarse de un sitio alto (3.3% y 5.7%) y envenenarse (2.4% y 4.8%); eran casados o solteros (13.1% y 14.7%) y (9.0% y 11.4%); los meses en que hubo más intentos de suicidio fueron marzo (13.1%), junio (12.3%), septiembre (10.6%), noviembre y diciembre (9.8% para cada uno); los intentos de suicidio prevalecieron entre los 10 y 39 años (83.6%), siendo entre las mujeres de los 10 a los 29 años (29.5%) y entre los hombres de los 20 a los 29 años (39.3%); las razones asociadas al intento de suicidio entre las mujeres fueron las peleas con sus entes queridos (8.2%) y las relaciones familiares conturbadas (15.6%), en los hombres las relaciones familiares (7.4%), el desempleo y los problemas financieros (4.8%). Discusión: Los portadores de trastornos mentales, que utilizaron sustancias de abuso, con problemas de relacionamiento y económicas, los jóvenes y los adultos jóvenes fueron los que intentaron suicidarse, no obstante los métodos que utilizaron mostraron que la mayoría no deseaba morir. En Brasil y en la ciudad de São Paulo no existe un programa de vigilancia del comportamiento suicida, algo que aun se necesita implantar, pues el perfil de los usuarios de los servicios de prevención exige una solución eficaz. Los datos de este estudio, al mostrar el perfil de los usuarios de un importante servicio de emergencia, ayudan a organizar el programa de atención y vigilancia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Introducción: El comportamiento suicida es uno de los problemas mundiales de la salud pública. Objetivo: Verificar el perfil del portador del comportamiento suicida atendido en una unidad de emergencia del hospital universitario en 2007 y 2008. Método: Estudio exploratorio-descriptivo, cuantitativo; análisis de las 122 fichas de atendimento con el diagnóstico de comportamiento suicida. Resultados: 61 (50%) del sexo femenino y 61 (50%) del masculino; 15 (12.3%) mujeres y 18 (14.8%) hombres trabajaban; las mujeres (27.9%) y los hombres (27.9%) prefirieron intentar suicidarse en las noches y en las madrugadas; 20 (16.4%) mujeres y 17 (13.9%) hombres habían intentaron suicidarse ante; 9 mujeres (7.4%) y 23 (18.8%) hombres utilizaron drogas de abuso; una minoría planeó intentar suicidarse (2.4%); 12 (9.8%) mujeres y 7 (5.7%) hombres se arrepintieron; 26 (21.3%) mujeres y 28 (22.9%) hombres eran portadores de trastornos mentales; 20 (16.4%) mujeres y 19 (15.5%) hombres tuvieron tratamiento anterior, siendo el más citado el uso de remedios (18.1% mujeres y 13.1% hombres). En mujeres y hombres, respectivamente, los métodos más usados fueron la ingestión de remedios (25.4% y 13.1%), cortarse los pulsos y automutilarse (4.8% y 5.7%), lanzarse de un sitio alto (3.3% y 5.7%) y envenenarse (2.4% y 4.8%); eran casados o solteros (13.1% y 14.7%) y (9.0% y 11.4%); los meses en que hubo más intentos de suicidio fueron marzo (13.1%), junio (12.3%), septiembre (10.6%), noviembre y diciembre (9.8% para cada uno); los intentos de suicidio prevalecieron entre los 10 y 39 años (83.6%), siendo entre las mujeres de los 10 a los 29 años (29.5%) y entre los hombres de los 20 a los 29 años (39.3%); las razones asociadas al intento de suicidio entre las mujeres fueron las peleas con sus entes queridos (8.2%) y las relaciones familiares conturbadas (15.6%), en los hombres las relaciones familiares (7.4%), el desempleo y los problemas financieros (4.8%). Discusión: Los portadores de trastornos mentales, que utilizaron sustancias de abuso, con problemas de relacionamiento y económicas, los jóvenes y los adultos jóvenes fueron los que intentaron suicidarse, no obstante los métodos que utilizaron mostraron que la mayoría no deseaba morir. En Brasil y en la ciudad de São Paulo no existe un programa de vigilancia del comportamiento suicida, algo que aun se necesita implantar, pues el perfil de los usuarios de los servicios de prevención exige una solución eficaz. Los datos de este estudio, al mostrar el perfil de los usuarios de un importante servicio de

emergencia, ayudan a organizar el programa de atención y vigilancia.

POSTER 15**AUTORES/AUTHORS:**

Liana Bertagnolli da Rosa, M^a Aurora Rodríguez Borrego, Manuel Vaquero Abellán, Rosa Redondo Pedraza, Adoración Muñoz Alonso

TÍTULO/TITLE:

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE 26 CASOS DETECTADOS DE VIOLENCIA POR COMPAÑERO ÍNTIMO CONTRA ENFERMERAS

Bertagnolli L, Rodríguez-Borrego MA, Vaquero-Abellán M, Redondo-Pedraza R, Muñoz-Alonso A.

1. Objetivo:

Existe el mito de que la violencia sólo ocurre entre la clase pobre y con nivel educativo bajo, pero en realidad la violencia también ocurre entre las personas de clase media y alta así como en las elites profesionales. En el pasado estos problemas en el entorno de la gente importante o rica se mantenían ocultos al público general. No obstante, con el aumento del problema a nivel nacional, se están conociendo más casos de violencia doméstica en todos los niveles socioeconómicos (CDC - Centers for Disease Control and Prevention, 2000 apud KENNEDY, 2007).

El objetivo de este estudio es describir las características sociodemográficas de 26 casos detectados de violencia por compañero íntimo contra enfermeras, que prestan sus servicios asistenciales en la provincia de Córdoba, España.

2. Métodos:

Ámbito del estudio: Hospitales y distritos sanitarios de la Provincia de Córdoba.

Diseño: Estudio transversal descriptivo.

Sujetos: 26 encuestas de enfermeras que estaban sufriendo o habían sufrido algún tipo de violencia por compañero íntimo (VCI) y desarrollaban sus actividades profesionales en los sistemas de salud de la Provincia de Córdoba. Para llevar a cabo el estudio se extrajeron los casos de la base de datos del estudio sobre 'Violencia de Género en la Mujer Enfermera'.

Variables: Se contemplaron las siguientes variables sociodemográficas: edad de la enfermera, años de relación con la pareja, si tiene hijos y/o personas dependientes y el número de estas, estado civil, convivencia, centro de trabajo, ámbito de trabajo, puesto de trabajo, sustento económico familiar y clase social de la pareja (clasificación de acuerdo con el Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología - SEE, 1995).

Instrumento: Cuestionario sociodemográfico elaborado por Rodríguez-Borrego et al. (2007).

Análisis de los datos: Para el análisis se utilizó el programa estadístico SPSS (versión 14.0 para Windows). Se realizó un análisis descriptivo por medio de medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas, y de frecuencia para las variables cualitativas.

3. Resultados: En el análisis descriptivo de las 26 enfermeras se observó que el 80,8% estaban casadas o tenían pareja estable y el 50,0% convivían con el marido/pareja. La edad media era de 44,5 años (29-55); el número medio de hijos y/o personas dependientes era de 2,3 y la media de años de relación con la pareja 20,5. El 96,2% trabajaban en centros sanitarios públicos, en el 50,0% el ámbito de trabajo era urbano y la mayoría de las enfermeras (84,6%) ocupaban el puesto de enfermera base. El 88,5% tenían un sustento económico familiar con ambos sueldos (suyo + pareja). El 15,3% de las parejas pertenecían a la clase social I, el 30,7% a la clase social II, el 19,2% a la clase IIIa, el 23 % a la IIIb, el 7,6% a la clase IVa y el 3,8% a la clase V.

4. Discusión: En los casos estudiados se puede concluir que la mayoría de las mujeres que estaban sufriendo o habían sufrido algún tipo de maltrato por compañero íntimo son enfermeras base del sistema público que están casadas o con pareja estable. Ocho de estas estaban en la franja de edad de 22-41 años; según un estudio realizado por Vives-Cases et al. (2003) uno de los grupos de edad de mujeres que presentaron la tasa de mortalidad por VCI más altas fue en ese rango de edad. Las clases sociales I, II, IIIa y IIIb (de las parejas) fueron más frecuentes que las clases sociales IVa y V. Se comprende que las primeras están en torno de un mayor nivel educativo. Según World Health Organization ? WHO (2005) la mayor autonomía de la mujer en el trabajo y nivel educativo, amenaza la jerarquía tradicional de género; así como otros estudios (Saffioti, 2004; Couto y Schraiber, 2005) indican que la ruptura de patrones tradicionales de género puede agravar la violencia por intentar restablecerlos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Couto MT, Schraiber LB. Homem, saúde e violência: novas questões de gênero no campo da Saúde Coletiva. En: Críticas e Atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Organizado por Minayo MCS & Júnior CEAC. Rio de Janeiro:editora FIOCRUZ, 2005.

- Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. Álvarez-Dardet C, Alonso J, Domingo A, Regidor E. La medición de la clase social en ciencias de la salud. Barcelona: G Editores; 1995.

- Kennedy BR. Domestic Violence: A.K.A Intimate Partner Violence (IPV). iUniverse: USA. 2007. 183 p.

- Saffioti HIB. Gênero, patriarcado, violencia. Coleção Brasil Urgente. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004.

- Vives-Cases C, Álvarez-Dardet C, Caballero P. Violencia del compañero íntimo en España . Gac Sanit. Gac Sanit 2003;17(4):268-74.

- World Health Organization ? WHO. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women?s responses. Disponible en:
http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_report_English2.pdf

POSTER 16**AUTORES/AUTHORS:**

BEATRIZ BRAÑA MARCOS, MARÍA JOSÉ GARCÍA MENÉNDEZ, CARMEN ZORRILLA GONZÁLEZ, NOELIA MARINAS VAQUERO, MARÍA ISABEL BARRERA SALAS, CESAR LUIS SANZ DE LA GARZA

TÍTULO/TITLE:

Evaluación de conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios en la toma de decisiones al final de la vida

La Toma de Decisiones al Final de la Vida (TDFV) constituye un controvertido aspecto de la práctica clínica al que nos enfrentamos a diario. Debemos tener la suficiente preparación, formación y asesoramiento para participar activamente en este proceso. El papel del Comité de Ética Asistencial (CEA) es fundamental en este sentido.

OBJETIVO

Investigar las opiniones y actitudes de los profesionales de nuestro Centro sobre algunos temas relacionados con la TDFV, como paso previo a la creación del Grupo Promotor del CEA.

MÉTODOS

Diseño: Estudio descriptivo y transversal. Noviembre a Marzo de 2006.

Lugar: Fundación Hospital de Jove. Gijón. Asturias.

El proyecto fue aprobado por la Comisión de Investigación del Centro. Fueron invitados a participar 258 profesionales (100 DUE, 56 médicos, 75 auxiliares y 27 celadores) que pudieran estar directa o indirectamente implicados en procesos de TDFV: órdenes de no reanimar (ONR) y limitación del esfuerzo terapéutico (LET). El personal sanitario con actividad en Servicios no vinculados directamente a estos procesos de toma de decisiones fue excluido del estudio.

Encuesta: anónima y voluntaria. Constaba de tres partes:

A) Datos demográficos: edad, sexo, situación laboral, categoría y experiencia profesional.

B) Cuestionario en el que se exploraban opiniones sobre la ONR y los factores implicados en la toma de decisiones.

C) Casos clínicos (Gómez Rubí, 2001): se describían tres casos a los que asignar un nivel de tratamiento: soporte total, tratamiento conservador o medidas paliativas (ST, TC o MP). Estos estaban claramente definidos en el encabezado de la encuesta.

Estadística: SPSS 17.0. Las variables continuas se expresaron como media \pm desviación estándar y las categóricas como valores absolutos y porcentajes. Las diferencias se analizaron mediante Test de χ^2 , con nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS

Fueron recuperadas 97/258 encuestas (37,6%). No obtuvimos el 100% de respuestas para todas las preguntas y en 3 de las encuestas no figuraban edad, situación laboral y antigüedad.

A) Demográficos:

La edad media de los respondedores fue de $39,24 \pm 10,07$. De ellos, un 43,3% tenía más de 15 años de antigüedad. Hubo un 69,1% de mujeres. Los eventuales correspondieron al 20,6%. La distribución por categoría profesional fue la siguiente:

DUE: 40,2%, antigüedad media de $13,53 \pm 1,39$ años; Médicos: 28,9%, antigüedad media de $18,00 \pm 1,69$ años; Auxiliares: 19,6%; Celadores: 11,3%.

B) Cuestionario:

Pregunta 1: 95 respuestas. El 63,2% marcaron ?la edad avanzada no es criterio único para determinar una ONR?. Encontramos diferencias estadísticamente significativas en función de la situación laboral (eventuales) y del sexo (mujeres) ($p=0,01$; $p=0,01$).

Pregunta 2: 94 respuestas. Un 77,7% consideraron ?la decisión de ONR y LET debe ser tomada por paciente, familia y personal sanitario conjuntamente?. Encontramos diferencias significativas para categoría profesional (médicos y DUE) ($p=0,04$)

Pregunta 3: 89 respuestas. El 62,9% opinaron ?no hay diferencia moral entre no instituir y retirar tratamiento?. Establecimos diferencias significativas en función de la edad (>30 años) ($p=0,03$).

Pregunta 4: 93 respuestas. Un 70,3% marcaron ?es moralmente inaceptable determinar ONR tras la parada cardiorrespiratoria

(PCR); debe tomarse con antelación constatándolo en historia clínica?. Encontramos diferencias significativas para el sexo (mujeres) ($p=0,01$)

Pregunta 5: 93 respuestas. El 58,1% opinaron ¿una ONR no excluye del ingreso en UCIN; sólo limita esfuerzo terapéutico ante una PCR?. Sin diferencias significativas.

C) Casos Clínicos:

Caso 1: 96 respuestas. La mayoría (52,1%) se decantó por ST frente a un 40,6% que lo hicieron por TC y un 7,3% por MP. No establecimos diferencias estadísticamente significativas.

Caso 2: 97 respuestas. Un 3% optaron por ST, frente a un 31%, que lo hicieron por TC. La mayoría se decidió por MP (66%). No encontramos diferencias significativas.

Caso 3: 95 respuestas. La opción más seleccionada fue la de ST (83,1%). Las opciones de TC y MP fueron elegidas por un 15,8% y un 1,1% respectivamente. Se encontraron diferencias significativas en función de la situación laboral (hijos; $p=0,04$) y la categoría profesional (médicos y DUE; $p=0,001$).

DISCUSIÓN

La mayoría mostró adecuado nivel de conocimientos teóricos. En los casos clínicos los respondedores mostraron opiniones divididas entre 2 de las opciones de tratamiento: la mayoría de las respuestas se distribuyeron entre ST y TC en los casos 1 y 3, y entre MP y TC en el caso 2. En nuestra opinión esta diversidad de opiniones mostrada en los casos clínicos no es sino un claro ejemplo de la dificultad que conlleva la TDFV y de la importancia de que éstas sean consensuadas por el equipo de salud. Es evidente que la formación teórico-práctica de los profesionales sanitarios es esencial para poder enfrentarse a este difícil y no poco frecuente proceso de toma de decisiones.

Implicaciones para la práctica: hace falta mayor formación sobre el proceso de TDFV y el diálogo bioético. El papel de nuestro grupo promotor del CEA será fundamental.

Limitaciones del estudio: baja tasa de participación, ya que tan sólo un 37,6% de los 258 encuestados cumplimentó la encuesta.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Althabe M, Ledesma F, Cernadas C, Flores C, Gallardo R, Barbona O. Actitudes de los profesionales de salud frente a las decisiones de limitación o retiro de tratamiento en pediatría. Arch argent pediatr. 2003; 101 (2): 85 ? 92.
2. Gómez Rubí JA, Gómez Company JA, Sanmartín Monzó, Martínez Fresneda M. Conflictos éticos en la instauración de la ventilación mecánica: análisis de la actitud de profesionales de Cuidados Críticos, Emergencia y estudiantes. Rev Clin Esp. 2001; 201: 371 -7.
3. Ochoa Gómez FJ, Ramalle-Gómara E, Monzón Marín JL, San Martín Salazar B, Carpintero Escudero JM, Montero Lapresa J. Opiniones de enfermería sobre aspectos éticos de la Reanimación Cardiopulmonar. Rev Enferm Emerg. 1998; 10 (6): 25 ? 31.
4. Canto Negrillo R. La reanimación cardiopulmonar (RCP). Implicaciones éticas en la toma de decisiones. Ética de los cuidados. 2008;1(1). Disponible en <http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6737.php>. Consultado el 1 de Mayo de 2009.
5. Althabe, M; Cardigni, G; Vasallo, JC; Codermatz, M; Orsi, CL y Saporiti, A. Consenso sobre recomendaciones acerca de la limitación del soporte vital en terapia intensiva. Achr Argent Pediatr. 1999; 97 (6): 411-5.
6. Cabré Pericas, L; Solsona Durán, JF (grupo de trabajo de bioética de la SEMYCIUC). Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. Med Intensiva. 2002; 26:304-11.
7. Fernández Fernández R, Baigorri González F, Artigas Raventos A. Limitación del esfuerzo terapéutico en Cuidados Intensivos. ¿Ha cambiado en el siglo XXI? Med intensiva. 2005; 29 (6): 338 ? 41.
8. Hernando Martínez MF, Hernández Rivas A, Gamó González MF, López García D, Vélez Vélez E, Borrás López A, Gómez Macías

- J. Las órdenes de no reanimar: perspectiva bioética y social. *Metas de Enferm.* 2006; 9 (2): 71-7.
9. Millar P, Forbes S, Boyle DK. End-of-life Care in the Intensive Care Unit: A Challenge for nurses. *Am J of Crit Care.* 2001;10(4):230-7.
10. Thelen M. End-of-life Decision Making in Intensive Care. *Crit Care Nurse.* 2005;25(6):28-38.

POSTER 18**AUTORES/AUTHORS:**

Pinto Cândida, Pais-Ribeiro José

TÍTULO/TITLE:

EVALUATION OF CANCER SURVIVORS' SPIRITUALITY: implications on quality of life

Address correspondence to: candidapinto@esenf.pt

TEXT**Background:**

Advances in cancer treatments, early detection, and supportive care are increasing the number of cancer survivors living beyond initial diagnosis and treatment (1, 2). A cancer survivor is an individual with a diagnosis of cancer who has completed primary treatment for cancer (1), and there has been increasing interest in the health and well-being of cancer survivors. Numerous variables have been identified as predictors of cancer survivor's quality of life. Spirituality is another variable that is being increasingly recognized as a contributor to quality of life throughout the experiences of cancer diagnosis, treatment, and survivorship (3-6). The intersection between spiritual dimension and health is a research area of increasing interest in the last years (3, 5, 6, 9, 10). Spiritual dimension is described as relevant in significance attribution of suffering related with a chronic disease, and also as a hope resource (11). Cancer is a life-threatening condition and even when physical symptoms become less important, spiritual issues raised during the disease process remain.

AIM: This research paper aims to analyse the spirituality differences in a group of cancer survivor patients, according to clinic and socio-demographic variables, and assess the correlation between spirituality and quality of life dimensions.

Material and Methods: The participants were 426 patients who had suffered from an oncologic disease. They filled up a socio-demographic questionnaire, a spirituality scale and the QLQ-C30. The spirituality scale was built in doctoral thesis (7-9), and factorial analysis identified two factors: one related with a religious dimension, 'Beliefs', that involves a sense of connection to a higher power, a 'Good'; and a spiritual dimension, while involves a subjective sense that one's life has meaning, purpose, and value, denominated 'Hope / optimism' (12).

Results: We found statistically significant differences between spirituality dimensions and socio-demographic and clinic variables. For women the 'beliefs' was significantly relevant that for men, and for older participants too. However the significance of 'Beliefs' was less important to the younger's participants, and diminished too, for those who finished the primary treatment for long time ago. The results of this study suggest a weak, but significant, positive association between the Hope/ Optimism factor and quality of life dimension's, and a negative association between 'Beliefs' and quality of life, perhaps the Beliefs was associated with religious practice. We can deduce that spirituality is faced as a notion related with quality of life, although conceptually distinct.

Conclusions: Our results suggest that the two factors of spirituality ('Beliefs' and Hope / Optimism?), are, in fact, conceptually and statistically distinct from one another, and they impact cancer survivors' quality of life differently. Findings suggest that the ability to find meaning and peace in life is the more influential contributor to quality of life during cancer survivorship. Spirituality, in its truest sense, is not contained by any cultural boundaries.

Implications to nursing practice: Nursing can be considered a Caring Spirituality to which each of us contributes through our individual nursing work. Such a contribution will add new meaning to our nursing care and from which our spiritual self may grow. The way forward is to acknowledge that each person has a spiritual self and to recognise the spiritual expressions of those in need of nursing care. Spiritual care and attention to existential concerns also are within the domain of oncology nursing.

Simple affirmation of people's spiritual needs, such as their search for meaning and the need for love will enhance spiritual caring in nursing. Nurses should be encouraged to initiate discussions of the meaning of illness and spirituality with patients, and pay attention should be given to the body-mind-spirit connection, integrating reflection on the meaning of cancer in the survivor's life, looking at the religious and/or spiritual beliefs of the survivor and how they are affected by a cancer, and how these might change over time.

People's hopes are an expression of their spirituality, and existential well-being.: Spirituality, in its truest sense, is not contained by any cultural boundaries. Nursing can be considered a Caring Spirituality to which each of us contributes through our individual nursing work. Such a contribution will add new meaning to our nursing care and from which our spiritual self may grow. The way forward is to acknowledge that each person has a spiritual self and to recognise the spiritual expressions of those in need of nursing care. Simple affirmation of people's spiritual needs, such as their search for meaning and the need for love will enhance spiritual caring in nursing. People's hopes are an expression of their spirituality. Attention to spirituality by oncology nurses has encompassed a broad view

beyond religiosity to address issues such as hope, uncertainty, and meaning in illness.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) FEUERSTEIN, M. - Defining cancer survivorship. *The Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, 1 (2007) 5-7.
- (2) GANZ, P. A. - Late effects of cancer and its treatment. *Seminars in Oncology Nursing*, 17: 4 (2001) 241-248.
- (3) MANNING-WALSH, J. - Spiritual struggle: effect on quality of life and life satisfaction in women with breast cancer. *Journal Holistic Nursing*, 23:2 (2005) 120-140.
- (4) MCILLMURRAY, M.B., et al.- Psychosocial needs in cancer patients related to religious belief. *Palliative Medicine*, 17:1 (2003) 49-54.
- (5) MERAUVIGLIA, M. Effects of spirituality in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 33: 1 (2006). Online Exclusive E1-E7 disponível em <http://www.ons.org/publications/journals/ONF/>
- (6) MULLER, P.S.; PLEVAK, D.J.; RUMMANS, T.A.- Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings*, 76:12 (2001) 1225-1235.
- (7) PINTO, C. Jovens e adultos sobreviventes de cancro: Variáveis psicossociais associadas à optimização da saúde e qualidade de vida após o cancro. (2008). Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, não publicada.
- (8) PINTO, C.; PAIS-RIBEIRO, JI. Construção de Uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. *Arquivos de Medicina*, 21:2 (2007) 47- 53.
- (9) PINTO, C.; PAIS-RIBEIRO, JI A qualidade de vida dos sobreviventes de cancro. *Revista Nacional de Saúde Pública*, 24 :1 (2006) 37-56.
- (10) SAWATZKY, R.; RATNER, P. A.; CHIU, L.- A meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life. *Social Indicators Research*, 72, (2005) 153-188.
- (11) TANYI, R. Towards clarification of the meaning of spirituality. *Journal of Advanced Nursing*, 39:5, (2002) 500?509.
- (12) TAYLOR, E.J. Spiritual quality of life. In C.R. King & P.S. Hinds (Eds.), *Quality of Life. From nursing and patient perspectives* (2^a ed, pp.93 -116). Boston: Jones and Bartlett Publishers. 2003.

POSTER 19**AUTORES/AUTHORS:**

DIEGO CARRERA MARTÍNEZ, BEATRIZ BRAÑA MARCOS

TÍTULO/TITLE:

Valoración de caídas en un centro de atención sociosanitaria.

INTRODUCCIÓN:

Las caídas en el anciano suponen un aumento considerable de la morbi-mortalidad, ya de por sí aumentada en esta etapa vital. No solo la afectación física, sino también la psicológica, social y funcional a partir de una caída, condicionan frecuentemente una disminución de autonomía y calidad de vida de los ancianos. Por otra parte, las caídas conllevan un incremento en el gasto de la atención socio-sanitaria, debido a un aumento en la necesidad de cuidados y/o ingresos hospitalarios. Por todo ello las caídas suponen un auténtico problema de salud pública.

OBJETIVOS:

1. Analizar las circunstancias que definen las caídas y las características de los residentes afectados.
2. Evaluar las consecuencias de las caídas.
3. Reflexionar sobre las estrategias de prevención que contribuyen a disminuir el número de caídas.

MATERIAL Y MÉTODO:

Análisis retrospectivo de todas las caídas registradas, entre el 15/04/07 y el 15/04/08 en la Residencia de Ancianos El Cristo de Oviedo. Los datos se extrajeron de los documentos: Listado de registro de caídas, Historia clínica y Hoja de evolución de enfermería. Análisis descriptivo a través de la aplicación estadística SPSS 17.0.

RESULTADOS:

Total 188 caídas, 134 (71,28%) en mujeres. Media de edad de los residentes que sufrieron caídas: 86,01 ± 9,81 (58-101) años. Las caídas se produjeron con mayor frecuencia por la mañana (40,42%) y por la tarde (37,77%). Las zonas comunes (pasillo, jardín, comedor, etc.) son los lugares en los que ocurrieron con mayor frecuencia (40,43%), seguidos de las habitaciones (36,17%). Como posibles causantes de la caída se registraron: resbalar/tropezar en el 35,64%, transferencia de posición en el 20,21% y mareo en el 14,89% de ocasiones. No se reflejó la causa o se desconocía en 55 (29,26%) registros. Las actuaciones llevadas a cabo sobre el residente afectado fueron: levantar y vigilar en el 78,19%, realización de cura por el personal de enfermería en el 10,64% y derivar al Médico de Atención Primaria o Servicio de Urgencias en el 11,17% de las caídas. Las consecuencias de las caídas se clasificaron en inmediatas (27,13%) y a largo plazo (7,44%). La puntuación media en la escala St. Thomas para el riesgo de caídas fue de 2,79/5 puntos. El 89,4% de las caídas corresponde a residentes asistidos frente al 10,6% en residentes válidos.

DISCUSIÓN:

Las caídas se produjeron con mayor frecuencia en los mayores de 86 años, con enfermedades asociadas y siguiendo tratamientos sedantes, hipotensores o con acción sobre el SNC. Suelen producirse coincidiendo con las horas de mayor actividad y en los lugares donde desarrollan su vida diaria. Gran parte de las caídas resultan inocuas. Las consecuencias graves se presentan en torno al 7% de los casos.

Implicaciones para la práctica clínica: La reducción del número y complicaciones de las caídas pasa por mantener un adecuado control de los factores de riesgo modificables (prevención), poniendo mayor énfasis en el control de la utilización de medidas restrictivas, desarrollando programas de gerontogimnasia y utilizando protectores de cadera.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Montero M. Prevención de caídas en los ancianos. Evidencia en Atención Primaria.2001 Ene-Feb;4(1). En http://www.foroaps.org/hitalba-pagina-articulo.php?cod_producto=434. Consultado el 27 de Abril de 2008.
- 2- Caballero JC, Remolar ML, García R. Programa de intervención sobre el Síndrome psicológico poscaída en el anciano. Rev Mult Gerontol.2000;10(4):249-258.
- 3- McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. Cochrane Database of Systematic Reviews.2005, Issue 1. Art. No.: CD004441. DOI: 10.1002/14651858.CD004441.pub2. Consultado el 2 de Mayo de 2008.

- 4- Rizzo JA, Baker DI, McAvay G, Tinetti ME. The Cost-Effectiveness of a Multifactorial Targeted Prevention Program for Falls Among Community Elderly Persons. *Med Care*.1996;34:954-969.
- 5- Reinsch S, MacRae P, Lauchenbruc PA, Tobis JS. Attempts to prevent fall and injury: a prospective community study. *Gerontologist*.1992;32:450.
- 6- Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH Intervenciones para la prevención de caídas en las personas ancianas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Consultada el 27 de Abril de 2008.
- 7- Day L, Fildes B, Gordon I, Fitzharris M, Flamer H, Lord S. Randomised factorial trial of falls prevention among older people living in their own homes. *BMJ*.2002;325:128.
- 8- Neyens JC, Dijcks BP, de Kinkelder A, Graafmans WC, Schols JM. CBO guidelines to prevent accidental falls in the elderly: how can it be used in the institutionalized elderly?. *Tijdschr Gerontol Geriatr*.2005;36(4):155-160.
- 9- Yaretzky A, Tamir R, Levinson N. Falls in elderly patients in an institution. *Harefuah*.1991;121(12):503-505.
- 10- Hirvensalo MH, Cohen-Mansfield J, Rind S, Guralnik J. Assessment of impairments that limit exercise and use of impairment information to generate an exercise. *J Aging Phys Act*.2007;15(4):459-479.

POSTER 20**AUTORES/AUTHORS:**

M. Elisa de Castro Peraza, Encarnación Garzón Rodríguez, M. Inmaculada Sosa Alvarez

TÍTULO/TITLE:

INCIDENCIA DE LA PERFORACIÓN DE LOS GUANTES EN CIRUGÍA Y EFECTO PROTECTOR DEL DOBLE GUANTE

OBJETIVO

Estudiar la incidencia de perforaciones en los guantes en cirugía programada comparando la tasa de punción entre el guante simple y el doble guante. Evaluar la proporción de estas punciones que permanecen inadvertidas.

MÉTODO

Estudio clínico prospectivo, aleatorizado y controlado de un año de duración realizado en 2008 durante las cirugías programadas en los quirófanos del Hospital Universitario de Canarias. Se estudiaron los guantes simples y dobles (interno y externo), llevados por cirujanos, ayudantes y enfermeras instrumentistas. Los guantes se midieron durante 3 minutos con el método estandarizado de Fuga de Agua (EN455-1) al finalizar la cirugía para detectar fugas.

RESULTADOS

En 113 cirugías se evaluaron 1537 guantes, ocurriendo 7 perforaciones advertidas y 104 inadvertidas, la mayor parte en cirugías mayores. De las punciones inadvertidas, 43 (41,3%) ocurrieron en guantes simples, 51 (49%) en guantes exteriores del doble enguantado y 10 (9,6%) en los guantes internos. La tasa de perforación de los guantes en los cirujanos 9,85%, resultó ligeramente mayor que en las enfermeras 6,91%, pero significativamente mayor que en los ayudantes 4,04% ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES

Se concluye que el doble guante es efectivo en cirugía pues la barrera protectora es mantenida por el guante interno en cuatro de cada cinco casos en que el guante externo es perforado inadvertidamente. A pesar de la posible incomodidad y reducción de sensibilidad, debe tenerse en cuenta la efectividad del enguantado doble como barrera protectora.

PALABRAS CLAVE: (traducidos de los MeSH)

Guantes protectores; guantes quirúrgicos; exposición laboral; control de infección; factores de riesgo; cirugía

IMPLICACIONES PARA LA PRACTICA

Cada día los pacientes y el personal se ponen en situaciones de riesgo importantes ante posibles contaminaciones cruzadas. El uso del doble guante, como muestra nuestro estudio y otros muchos de la literatura, sería la opción de elección para reducir este riesgo; sin embargo muchas veces decidir entre simple o doble guante es una cuestión personal; por ello creemos necesario continuar con la concienciación de los profesionales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.- Patterson J, Megan M, Novak C, Mackinnon S, Patterson G. Surgeons' concern and practices of protection against bloodborne pathogens *Anns Surg.* 1998; 228: 266-72
- 2.- Wright- JG, Young NL, Stephens D. Reported use of strategies by surgeons to prevent transmission of bloodborne diseases. *Can Med Assoc J.* 1995; 152:1089-95
- 3.- Laine T, Aarnio P. How often does glove perforation occur in surgery?. Comparison between single glove and double-gloving system. *Am J Surg.* 2001; 181(6):564-6.
- 4.- Naver LPS, Gottrup F. Incidence of glove perforations in gastrointestinal surgery and the protective effect of double-gloves: a prospective, randomised controlled study. *Eur J Surg.* 2000; 166:293-5
- 5.- Marín-Bertolín S, Gonzalez-Martinez R, Gimenez C, Vila P, Amorrortu-Velayos J. . Does double gloving protect surgical staff from skin contamination during plastic surgery?. *Plast Reconstr Surg.* 1997; 99:956-60.
- 6.- Smoot EC. Practical precautions for avoiding sharp injuries and blood exposure. *Plast Reconstr Surg* 1998;101:528-34.
- 7.- Wigmore SJ, Rainey JB. Use of coloured undergloves to detect glove puncture. *Br J Surg.* 1994; 81: 1480.

POSTER 22**AUTORES/AUTHORS:**M^a ANGELES CIDONCHA MORENO**TÍTULO/TITLE:**

CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA INVESTIGACIÓN

INTRODUCCION

Investigar implica el intento de ampliar el conocimiento.

La investigación ha de ser una herramienta para todo profesional tanto para desarrollar una mejor atención en la práctica clínica como para desarrollar la profesión.

OBJETIVO

• Conocer los conocimientos del personal de enfermería en aspectos relacionados con la metodología de investigación
• Valorar los conocimientos posteriores a un curso de 12 horas sobre comunicación científica (nivel básico)

METODOS

? Estudio descriptivo transversal en dos tiempos: previamente a la realización del curso y tras la finalización del mismo

? Población a estudio: personal sanitario que acude a un curso de iniciación de comunicación científica (N = 27)

? Instrumento: Cuestionario autoadministrado creado ad hoc

? Variables a estudio: datos personales, participación en trabajos e interés formativo, conocimientos sobre metodología (10 preguntas sobre aspectos prácticos)

? Análisis estadístico: Programa SPSS v 16.0

RESULTADOS

La edad media de las personas estudiadas es de 44,81 años (29-61 años) con una desviación típica de 7,195

El 33,3% son auxiliares de Enfermería, el 3,7% Fisioterapeutas, 51,9% Enfermeras y el 11,1% Supervisoras.

El 92,6% son hombres, el 66,7% refieren ser hijos, trabajan a jornada completa el 88,9% y el 51,8 trabajan en unidades de hospitalización (médicas y quirúrgicas).

El 74,1% refieren no haber realizado ningún tipo de curso sobre presentación de trabajos, lectura crítica, metodología de investigación o evidencia científica en el último año.

El 44,4% refiere haber realizado algún tipo de comunicación oral o póster para algún congreso, jornada o encuentro en el último año.

El 55,6% refiere haber acudido a algún tipo de congreso, jornada o encuentro en el último año (presentando a no trabajo).

Análisis de los datos previos a la realización del curso: De las 10 preguntas sobre conocimientos relacionados con la metodología: se observa que las preguntas que tienen un porcentaje inferior de aciertos hacen referencia al conocimiento de operadores booleanos (el 11,1% conoce qué búsqueda obtendría más referencias utilizando el operador AND, OR o NOT), cuál es la variable dependiente e independiente en un trabajo (ante: ? la práctica de ejercicio físico disminuye la presión arterial ¿cuál es la variable dependiente?? el 33,3% responde de forma correcta) o sobre los diseños de investigación.

Si se analizan el número de aciertos que obtienen las personas analizadas se observa que el 66,6% tiene hasta 5 aciertos. El 14,8% tiene entre 8 y 9 aciertos.

Por estamentos se observa que las auxiliares tienen una media de aciertos de 3,78 con un intervalo de confianza para la media al 95% de 2,71 ? 4,85 y las enfermeras tienen una media de aciertos de 5,14 con un intervalo de confianza para la media al 95% de 3,84? 6,44

Análisis de los datos posteriores a la realización del curso: De las 10 preguntas sobre conocimientos relacionados con la metodología: se observa que las preguntas que tienen un porcentaje inferior de aciertos hacen referencia al conocimiento de operadores booleanos (el 55,6% conoce qué búsqueda obtendría más referencias utilizando el operador AND, OR o NOT) o sobre los diseños de investigación (el 66,7% responde de forma correcta que para evaluar la frecuencia de pacientes con UPP el diseño debiera ser transversal y no experimental o caso clínico)

Si se analizan el número de aciertos posteriores al curso que obtienen las personas analizadas se observa que el 70,3% tienen entre 8 y 10 aciertos.

Por estamentos se observa que las auxiliares tienen una media de aciertos de 7,56 con un intervalo de confianza para la media al 95% de 6,69 ? 8,42 y las enfermeras tienen una media de aciertos de 8,50 con un intervalo de confianza para la media al 95% de 7,60? 9,40

DISCUSION

Se observa, tras el análisis del conocimiento previo al curso, que el desconocimiento de aspectos relacionados con la investigación es elevado por parte del personal de enfermería. Es importante que el personal sanitario posea un grado de conocimiento adecuado para poder incorporar la investigación a la práctica y para poder realizar trabajos de investigación y exponerlos de forma adecuada. Conocer qué conocimientos existen sobre el tema permitirá detectar áreas de formación permitiendo elaborar estrategias que mejoren y aumenten la calidad de los trabajos que se realicen.

La muestra analizada es pequeña y no representativa de todo el Hospital. Investigaciones futuras deben profundizar en ésta línea, evaluando la efectividad de las intervenciones y el mantenimiento en el tiempo de las mismas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Gálvez Toro A. Enfermería basada en la evidencia. Cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados (1º edición). Granada: Fundación Index, 2001
- Polit DF, Hungler BP. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. México: Interamericana-McGraw-Hill, 2000 (6º ed).

POSTER 24**AUTORES/AUTHORS:**

Silvia Crespo Knopfler, María Susana González Velazquez, María Teresa Cuamatzi Peña

TÍTULO/TITLE:

OPINION DE LOS EMPLEADORES SOBRE EL PERFIL DEL LICENCIADO EN ENFERMERÍA DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS S

OBJETIVO: Determinar la opinión de los empleadores sobre el perfil del Licenciado en Enfermería y determinar en que aspectos es necesario reforzar su formación y facilitar su inserción laboral.

METODOLOGÍA: Se trata de un estudio descriptivo, prolectivo, y transversal donde se utilizó un cuestionario dirigido a los empleadores del sector salud. El cuestionario que se utilizó estuvo constituido por ocho apartados que son: datos personales del empleador, requisitos formales para la contratación, desempeño profesional del licenciado (a), valores y actitudes, habilidades, aspectos importantes a reforzar para la formación del licenciado de enfermería y una parte cualitativa constituida por las observaciones de los empleadores, así como la hoja de consentimiento informado; para su aplicación, el cual se calificó en base a la escala de Likert. Para el levantamiento de datos se utilizó la entrevista y fue aplicada a 43 empleadores de 14 instituciones del Sector de Salud pública y privado, con una muestra no probabilística de conveniencia del investigador.

Para la captura y elaboración de la base de datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 11.5. **RESULTADOS:** 43.5% de los empleadores califican el desempeño laboral del licenciado como muy bueno; 93% de los empleadores consideran que es muy importante reforzar las habilidades en la toma de decisiones, 86% en técnicas y trabajo en equipo, 81.5% en conocimientos generales y proceso enfermero, 79% en conocimientos especializados, 76.8% en investigación y 58.2% en conocimientos básicos en ciencias biomédicas, sociales y de la conducta.

CONCLUSIONES: Los empleadores opinaron que el desempeño laboral del licenciado es muy bueno y están satisfechos con los conocimientos especializados, sin embargo; hacen énfasis en profundizar más en los mismos, así como reforzar la habilidad en toma de decisiones, técnicas, trabajo en equipo, conocimientos generales, aplicación del proceso enfermero, y modelos y teorías de enfermería.

Palabras Clave: Empleadores, egresados, enfermería.

DISCUSION Se observó que la mayoría de los egresados (85.5%) se encuentran laborando en el sector público, donde coincide con los resultados obtenidos en la investigación de Sánchez (2002) , donde los profesionales de la salud (81.5%) están empleados en empresas públicas y con la de Salazar (2003) en donde se obtuvo que 63 egresados de las primeras cuatro generaciones se encuentran laborando en instituciones públicas y 49 en el régimen privado, dando un total de 112 egresados empleados

APORTACIONES PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA: En la actualidad, la educación superior en México, enfrenta un escenario de competencia mundial, lo que conlleva a la necesidad de plantear programas educativos que desarrollen una educación de calidad con pertinencia social y equidad y que respondan a su vez a las necesidades del sector laboral de las instituciones de salud. Es ahí donde adquiere una gran relevancia el perfil requerido de enfermería para dichas instituciones.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Sánchez, G. A. G. Los profesionales de ciencias de la salud en el mercado laboral. En Rev. Investigación en Salud. Vol 4 , No 001 Abril, Universidad de Guadalajara, México; 2002: 1- 11. Salazar P.T., Trujillo C.C., Gómez M.L. Desempeño profesional de los egresados del programa educativo licenciatura en enfermería escolarizada. En Eje Temático la Investigación y el Postgrado, soportes para la formación y la vinculación. Facultad de Enfermería Benemérita Universidad Autónoma de Puebla México: 1-10. 2003

POSTER 25**AUTORES/AUTHORS:**

INMACULADA C. CRUZ DOMÍNGUEZ, M^a DE LAS MERCEDES LOMAS CAMPOS, ASUNCIÓN VALIENTE MORILLA, AURORA GARCIA GUERRERO, JOSÉ RAFAEL GONZÁLEZ LÓPEZ

TÍTULO/TITLE:

RECIÉN NACIDO HIJO DE MADRE ADOLESCENTE: CARACTERÍSTICAS Y RIESGO PERINATAL EN EL H U VIRGEN
MACARENA DE SEVILLA

La promoción de la salud prenatal y perinatal es uno de los objetivos prioritarios de la estrategia Salud21 de la OMS, puesto que los problemas que se presenten en esta etapa van a repercutir en otras edades de la vida, y en los diversos estudios realizados hay opiniones controvertidas acerca de la mayor probabilidad de que aparezcan problemas neonatales si la madre es una adolescente, nos planteamos como Objetivo General, conocer la influencia que tiene el embarazo de las adolescentes en sus recién nacidos durante el período perinatal, en nuestro medio y como Específicos, analizar las características de los recién nacidos de madres adolescentes e identificar aquellos factores que incidieron en los resultados neonatales adversos. Metodología, hemos realizado un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo de los recién nacidos, 196 casos, de mujeres embarazadas con edades comprendidas entre 14 y 19 años, cuya gestación finalizó en el Hospital Universitario Virgen Macarena en el año 2007, utilizando como fuente de información el Libro de Registro de Partos (Paridiario). Los datos se han analizado mediante el paquete estadístico SPSS. Resultados: La edad media de la madre de nuestra muestra fue de 17,77 años, con una desviación de 1,23; el 8,85%, eran secundíparas, con edades entre 16 y 19 años. Los 196 neonatos, procedían de 137 partos espontáneos y se han contabilizado 26 cesáreas. Para el total de partos se aplicaron anestesia epidural a 161 madres, 8 raquídeas y 3 anestesia general. Relacionando la edad materna con las características del neonato encontramos que la edad media gestacional ha sido de 272,42 días, con una desviación tipo de 18,56, valor mínimo 170 días y máximo 305 días, no encontramos una distribución de la edad gestacional dependiente de las edades de las madres ni unas medias diferentes entre sí; había registrados 5 casos de patología fetal, que no se encuentran distribuidos de manera heterogénea con las edades de las madres y no se aprecian diferencias en cuanto a los pesos de los neonatos, la edad gestacional, en relación a los otros recién nacidos, el estado de los mismos no ha sido preocupante, dado su peso, edad gestacional y test de Apgar. Los pesos de los neonatos no se han encontrado que estos sean menores cuando las edades de las madres son inferiores, siendo el peso medio 3097 gramos con una desviación de 551,35, y de las madres con 14 años, 3147 gramos con una desviación estándar de 325,90. De los 194 fetos vivos, en el test de Apgar, obtuvieron puntuaciones de 9 ó 10, al minuto el 77,32%, a los 5 minutos el 94,3% y a los 10 minutos el 98,45%, no hemos encontrado correlación entre la edad materna y el Apgar. De los 196 neonatos, el 12,24% necesitó ingreso en pediatría, sobre todo por prematuridad y bajo peso, no encontrando relación con la edad de la madre. En el caso de los 4 partos dobles, se ingresaron a los 8 neonatos, por bajo peso y por prematuro. Discusión: La prevalencia de complicaciones en el neonato de madre adolescente en nuestra serie ha sido más baja que las aportadas por otros autores, no se encuentra una distribución de las edades de gestación que dependa de la edad materna, con una edad media gestacional de 272,4 días. Las madres menores de 16 años, han tenido un tiempo medio de gestación de 277,8 días. Tampoco se han encontrado, como refieren otros estudios, que los neonatos sean de menor peso cuando las edades de las madres son inferiores, en los neonatos estudiados el peso medio ha sido de 3097 gramos. El test de Apgar fue similar a otros estudios, en el primer minuto el 77,32 % de los neonatos tuvieron una puntuación entre 9 y 10, y superior a 5, el 95,88 %, no encontrando correlación entre la edad materna y el test de Apgar. En otros estudios realizados, necesitó ingreso, el 26,7% de los recién nacidos, cuya madre era menor de 18 años, sin especificar el motivo de éste; en nuestro trabajo, el 12,24% de los neonatos, requirieron ingreso en el servicio de pediatría, sin relación con la edad materna, siendo el motivo de ingreso, la prematuridad y bajo peso. Coincidimos con algunos estudios, en el tipo de parto, predominan los partos espontáneos, seguidos de cesáreas. Conclusiones: El factor edad materna no influye en exclusividad en los resultados neonatales, pensamos, como refieren otros autores, que hay otros factores que determinarán la morbimortalidad de estos recién nacidos. Con este estudio apoyamos la mejoría del resultado neonatal en embarazadas adolescentes, así mismo consideramos, como otros autores, que la gestación adolescente debe ser considerada de alto riesgo, por cuanto se acompaña de otro tipo de distocias, de índole social, que lo complican y que deben ser analizados detenidamente en estudios posteriores. La salud de los recién nacidos y específicamente la salud de la adolescente embarazada, es inequívocamente un área prioritaria en el contexto de la Promoción de la Salud, porque desde una perspectiva global, puede ser determinante en la salud de las poblaciones, reflejándose en los indicadores de salud y de desarrollo de los países.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Ashdown-Lambert JR. A review of low birth weight: predictors, precursors and morbidity outcomes. *JR Soc Health*. 2005 Mar; 125 (2): 76-83 [Revisión].
- Conde-Agudelo A. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: cross-sectional study. *American Journal of Obstetrics&Gynecology*. 2005 Feb; 192 (2): 342-9.
- Cunnington AJ. What's so bad about teenage pregnancy? *J Fam Plann Reprod Health Care*, 2001 Jan; 27 (1): 36-41 (Revisión)
- Creastsas G, Elsheik A. Adolescents pregnancy and its consequences. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2002; 7:167-72
- Cruz IC, Valiente A, García A. Lactancia materna en madres adolescentes. En Aguilar Cordero MJ. *Lactancia materna*. Madrid: Elsevier España SA; 2004.
- Da Costa TJN. Teenage pregnancy and risk factors among children of mothers in the 10 to 14 and 15 to 19 age groups in Juiz de Fora, MG (Portuguese). *Revista de Atencao primaria a sude*. 2006; 91 (1): 29-38.
- Dorta E, Molina J, García-Fernández JA, Serra L. Gestación adolescente y su repercusión en el recién nacido. Estudio de casos y controles. *Clin Invest Gin Obst* 2004; 31 (4): 118-23.
- Kirchengast S, Hartman B. Impact of maternal age and maternal somatic characteristics on newborn size. *American Journal of Human Biology*. 2003 March/April; 15 (2): 220-8.
- Koniak-Griffind DS, Turner-Pluta C. Health risks and psychological out comes of early child bearing: a review of the literature. *J perinat neonatal nurs*. 2001 Sep; 15 (2): 1-17 [Revision].
- Malamitsi-Puchnera A. Adolescent pregnancy and perinatal outcome. *Pediatr Endocrinol*. 2006 Jan; 3 suppl 1: 170-1. [Revision].
- Minagawa AT, Biagoline REM, Fujimori E, de Oliveira IMV, Moreira APC, Ortega LDS. Low birth weight andf maternal conditions in pre-natal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2006 Dec; 40 (4): 548-545.
- Organización Mundial de la Salud. *Salud21. Salud para todos en el siglo XXI*. Ginebra: OMS; 1999.
- Orozco E, Vaillan O, Cumba TO. Algunos factores de riesgo del embarazo en la adolescencia. [Artículo en línea]. *MEDISAN* 2005; 9 (2). [Consultado el 13/7/09]. Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_2_05/sano09205.htm.
- Phipps MG. The risk for infant mortality among adolescent childbearing groups. *Journal of womens health*. 2002 Dec; 11 (10): 889-97.
- Shpiguelman D. El embarazo en la adolescencia. Aspectos médicos-sociales. [Internet]. [Consultado el 26/6/09]. Disponible en <http://www.aapf.com.ar/embarazo>.

POSTER 26**AUTORES/AUTHORS:**

Zuila Maria de Figueiredo Carvalho, Islene Victor Barbosa, Luciene Miranda de Andrade, Anisia Maria de Carvalho e Brito, Paula de Oliveira Fontenele Moraes, Carlos Mulet Segura, Priscila Alencar Mendes

TÍTULO/TITLE:

Conocimiento y actuación de los enfermeros sobre el uso del collarín cervical

Objetivo: Se trata de una investigación desarrollada en el ámbito del Programa de Becas de Iniciación Científica del Departamento de Enfermería de la Universidad Federal de Ceará, con el objetivo de evaluar el conocimiento de los enfermeros/as, que cuidan de pacientes con lesión medular, sobre la correcta utilización del collarín, importancia en su mantenimiento y beneficios.

Material y Método: Estudio descriptivo exploratorio realizado en el Hospital de referencia en Traumatología de la ciudad de Fortaleza-Ceará-Brasil. La muestra está constituida por 22 enfermeras. Se utilizó como instrumento para la obtención de datos un cuestionario con dos partes: La primera con cuestiones relativas a los datos epidemiológicos, socioeconómicos y sanitarios de las enfermeras y la segunda con cuestiones abiertas relacionadas con los conocimientos y utilización del collarín por parte de las enfermeras en la atención sanitaria de emergencia. La recolección de datos ocurrió en el periodo entre marzo y mayo de 2007.

Resultados: Acerca del conocimiento de las enfermeras sobre el uso del collarín cervical: Un 46% relataron que la medida más importante en la atención inicial a un politraumatizado es preservar la permeabilidad de las vías aéreas, pero no hicieron referencia a la inmovilización de la columna cervical. Un 25% dijeron que de inicio se debe inmovilizar la columna cervical pero no comentaron nada acerca de preservar abiertas las vías aéreas. Un 25% describieron por completo los procedimientos que deben ser realizados ante una paciente politraumatizado y un 4% no respondieron. En cuanto al uso del collar cervical: Un 93% relataron haber utilizado ya el collarín cervical en pacientes con lesión cervical; De estos un 50% demostró el procedimiento paso a paso correctamente, en un 27% la descripción del procedimiento fue incompleto y un 23% no respondieron.

Conclusiones: El estudio presentado apunta a que las enfermeras que trabajan en el servicio de urgencias y en las unidades de observación cuidando de personas con traumatismo medular cervical están en parte aptas para el cuidado de estas personas en relación con la inmovilización de la columna cervical. Otro aspecto importante es que la gran mayoría afirma saber colocar el collarín cervical, dato confirmado por la comparación entre las respuestas de las enfermeras y la literatura pertinente.

Implicaciones en la práctica: Estudios de esta naturaleza contribuyen a la profundización de la temática y sirve de subsidio para la base del conocimiento en la práctica de la enfermería neurológica.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- American Heart Association. Suporte Básico de Vida para Profissionais de Saúde. USA: Care Programs. 1999.
- Carvalho ZMF. O cuidado de enfermagem dirigido as pessoas com lesão vértebro-medular. Interações. 2004; 6:175-183
- Carvalho ZMF, Damasceno MMC. Viva bem com a sua lesão medular. Porto: Humbertipo, 2003.
- Misulis K, Head T. Netter ? Neurologia essencial. Rio de Janeiro: ELSERVIER. 2008.
- Nasi, L et al. Rotinas em pronto-socorro. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- National Association of Emergency Medical Technicians. PHTLS - Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado. 6ª Ed. Porto: Quarteto. 2008.

POSTER 27**AUTORES/AUTHORS:**

Jenny de la Torre-Aboki¹, Andrea García-Palao¹, Amelia Carbonell-Jordá², Nieves Martínez-Alberola³, Jackie Hill⁴, Mwidimi Ndosí⁴

TÍTULO/TITLE:

¿Qué información desean recibir los pacientes con artritis reumatoide en relación con su enfermedad?

Introducción:

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune crónica de etiología desconocida que se caracteriza por inflamación en la membrana sinovial de las articulaciones, produciendo dolor, daño estructural y por tanto, discapacidad funcional. Los pacientes han de aprender a convivir con la enfermedad y tratar de manejarse en la realización de actividades de la vida básica. La mayoría de los pacientes desean recibir información sobre su enfermedad y tratamientos, y la mayoría de las enfermeras dan dicha información, pero existen discrepancias entre la información que el paciente quiere recibir y la contenida en los programas de educación. Para evidenciar dicha discrepancia se desarrolló el cuestionario Arthritis Educational Needs Assessment Tool -ENAT- (Hardware et al 2004).

Objetivo:

Valorar las necesidades educacionales de pacientes con AR mediante la versión española del cuestionario ENAT (SpENAT).

Método:

El cuestionario ENAT es un cuestionario autoaplicado compuesto de 39 ítems agrupados en 7 dominios (Manejo del dolor, Movilidad, Sentimientos, Proceso de la enfermedad, Tratamientos, Medidas de autoayuda y Apoyo recibido). Al paciente se le pregunta "Cuánto desea saber sobre los temas siguientes" y los ítems se puntúan por medio de una escala Likert con cinco opciones de respuesta (1=No me importa nada 5=Me importa muchísimo). Se realizó la traducción y adaptación transcultural al Español del cuestionario original, basándonos en el método de Beaton et al (2000). Se realizó una prueba piloto en 25 pacientes con AR, posteriormente, se administró a 125 pacientes con AR. Tras realizar el Rasch Analysis se confirmó la validez del cuestionario para la valoración de necesidades educacionales en pacientes con AR en España. Se realizó un análisis descriptivo de los datos y el test de Kruskal-Wallis fue utilizado para determinar diferencias entre los grupos de pacientes.

Resultado:

Género: mujeres 69%. Edad media: 57 años (Rango: 27-86). Duración media de la enfermedad: 10 años (Rango:1-37). Formación: niveles básicos 18%, formación secundaria 44%, formación superior 54% .

Los pacientes puntuaron sus necesidades educacionales como "Me importa muchísimo" en todos los dominios.

Las mujeres puntuaron más elevadas sus necesidades educacionales que los hombres en todos los dominios excepto en "Manejo del dolor".

No se observaron diferencias de necesidades educacionales comparando grupos de edad.

A menor duración de enfermedad (menos de 4 años), se puntuó, de manera significativa, más necesidades de educación en todos los dominios.

Las necesidades educacionales variaron en función de los niveles de formación; los pacientes con formación superior, mostraron menores necesidades educacionales en "Manejo del dolor" y "Tratamiento", mientras que los pacientes con formación secundaria, mostraron más necesidades educacionales en "Movilidad", "Proceso de la enfermedad" y "Apoyo recibido"

Conclusión:

Los resultados sugieren que el cuestionario SpENAT es una herramienta válida para valorar necesidades de educación en pacientes con AR. Los pacientes españoles con AR consideran muy importante más información en todos los dominios. Se ha de enfatizar la instauración de programas de educación estructurados en la práctica clínica. La realización de programas diseñados específicamente con la necesidades reales de los pacientes permiten optimizar los resultados de nuestra intervención con respecto a un aumento de conocimientos y un posible cambio hacia hábitos saludables para su enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB (2000) Guidelines for the process of cross cultural adaptation of self-report measures. Spine 25 (24): 3186-91.

Hardware B, Lacey EA, Shewan J (2004) Towards the development of a tool to assess educational needs in patients with arthritis. Clinical Effectiveness in Nursing 8: 111-117.

POSTER 29**AUTORES/AUTHORS:**

M^a Antonia Campo Osaba, M^a del Carmen del Olmo Macià, Elena Banchs Morer, Montserrat Eroles Busquets, Pilar Enseñat Grau, Teresa Areny Ribera

TÍTULO/TITLE:

Reordenación de la atención a la enfermedad crónica desde la atención primaria

Antecedentes

El progresivo envejecimiento de la población conlleva un incremento de las enfermedades crónicas, lo que ocasiona una sobre atención que puede generar dependencia del sistema de salud sino se utilizan elementos correctores que potencien la autonomía y la corresponsabilidad de las personas en el manejo de su proceso, y que favorezcan la optimización del recurso tiempo/enfermera. Se propuso el desarrollo de un procedimiento llamado 'Seguimiento de la enfermedad crónica' elaborado previamente en el que se hace una propuesta que gira en torno a la capacitación de la persona en el manejo de su enfermedad, se plantea en dos fases de intervención donde se integran los recursos disponibles, (atención grupal, enfermera de enlace, gestión de casos etc.)

Objetivo Principal: Identificar las estrategias que permitan reordenar la atención enfermera en el seguimiento la enfermedad crónica.

Objetivo secundario: Desarrollar el procedimiento 'Seguimiento de la enfermedad crónica'?

Métodos

Escenario del estudio: Servicio de Atención Primaria (SAP) Dreta de Barcelona (Institut Català de la Salut)

Duración: Mayo a diciembre de 2008

Diseño: Investigación Acción

Participantes: La población de referencia está formada por un total de 170 enfermeras de atención primaria (adultos), 2 enfermeras de enlace y 4 enfermeras gestoras de casos, pertenecientes a los 10 equipos de atención primaria (EAP) que conforman el SAP Dreta.

Intervención: Se organizaron 2 grupos de trabajo, 1 de atención a la enfermedad crónica y otro de atención domiciliaria, (los datos relacionados con este último no se presenta en este trabajo).

Cada grupo estaba formado por una enfermera de cada (EAP) una enfermera de enlace, dos enfermeras gestoras de casos y la coordinadora de enfermeras del SAP Dreta.

Se realizaron un total de cinco sesiones por cada grupo de mayo a diciembre del año 2008.

Criterios de selección: (1) Participación voluntaria. (2) Contar con el apoyo de la dirección y los compañeros del centro (estas enfermeras tenían el papel de dinamizador de la discusión en sus centros, aportando las propuestas al grupo y retornando la discusión del grupo a sus centros).

En las diferentes sesiones de trabajo y a partir de la reflexión sobre la práctica, se realizó un análisis de situación desde la perspectiva de los profesionales, se fueron explorando diferentes alternativas de reordenación que permitieran asegurar una menor variabilidad entre los profesionales y el retorno de la responsabilidad del cuidado al enfermo y su familia, En ambos grupos se utilizó la metodología DAFO para identificar puntos fuertes y débiles, los participantes debían elaborar el DAFO de sus EAP con la colaboración del resto del equipo.

Resultados:

Cada EAP elaboró un DAFO a partir del cual se realizó un DAFO consensuado de todo el SAP en el que se incorporaron los puntos coincidentes de la mayoría de los EAPs (figura 2). Se desestimaron para este DAFO de la SAP los aspectos que recogían situaciones específicas de un EAP concreto, a los que se les ha dado un tratamiento diferenciado desde la dirección.

A partir del DAFO consensuado en la SAP se elaboraron las siguientes estrategias:

Estrategias: (2009 - 2011)

Desarrollo del procedimiento a partir de la elaboración de trayectorias clínicas de las enfermedades crónicas más prevalentes (HTA, DM, EPOC, ICC, Final de vida). Incorporación de médicos y trabajadores sociales en la elaboración (2009). Implementación (2010)

Socialización de la atención grupal en el territorio (2009 ? 2010)

Profundizar en el desarrollo de la atención grupal: grupos temáticos orientados al desarrollo de las habilidades propias en el manejo de la salud ¿desarrollo del potencial propio? (2010-2011) y grupos abiertos, orientados a reforzar y mantener las habilidades adquiridas y la motivación para continuar con el autocuidado.

Formación: Se ha detectado la necesidad de formar a los profesionales en: Entrevista motivacional, el manejo de grupos educativos, abordaje familiar.

Conclusiones

La estrategia seguida ha facilitado recoger las aportaciones de todas las enfermeras así como su implicación, lo que ha permitido situar a las enfermeras como líderes de este proceso. El utilizar la elaboración de trayectorias clínicas como instrumento en el desarrollo del procedimiento ha supuesto la incorporación de médicos y trabajadores sociales, lo que permite avanzar en el abordaje interdisciplinar y la construcción de un proyecto común. Desplegar el potencial que tiene la atención grupal, vista como un soporte de la atención individualizada y plantear nuevas formulas para su impulso en el territorio permitirá optimizar los recursos (tiempo / profesionales) así como progresar en la promoción del autocuidado y la autonomía de las personas en la gestión de su salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Segura A, Políticas de salud (actuaciones poblacionales) en los servicios asistenciales. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit.2008;22(supl 1):104-10. (2) Guerra JA, de Anca I.
- (2) Motivos que condicionan el uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes hiperfrecuentadores estudio con grupos focales. Aten Primaria.2007;39(7):349-54
- (3) Zabalegui A, Cabrera E, Gallart A et al. La enfermería y el cuidado comunitario. Metas de Enfermería Nov 2005;8(9):8-12.
- (4) Consejo Internacional de enfermeras (CIE). Servir a la comunidad y garantizar la calidad: Las enfermeras al frente de la atención primaria de salud. 2008

POSTER 30**AUTORES/AUTHORS:**

Elena Delgado-Gonzalez, Maria Paz Gonzalez-Esteban, Julia Perez-Alonso, Antonio Manuel Ballesteros-Alvaro, Elena Mediavilla-Marcos, Ruben Aragón-Posadas, Maria Begoña Sanchez-Gomez, Gonzalo Duarte-Climents, Maria Angeles Guzmán-Fernandez

TÍTULO/TITLE:

¿Existen instrumentos válidos para medir el síndrome del cuidador familiar? Una revisión sistemática

INTRODUCCIÓN

Las personas que asumen el cuidado de una persona dependiente suelen experimentar graves problemas de salud física y mental así como consecuencias negativas sobre su bienestar psicológico¹. Esta situación ha sido conceptualizada con el término general de carga¹.

Sin embargo, la carga del cuidador sigue siendo un término respecto al que todavía no existe homogeneidad en cuanto a su significado y uso¹.

Para medir la carga del cuidador surgió en 1980 la Burden Interview de Zarit y colaboradores. Varios investigadores han realizado diferentes revisiones sobre los instrumentos de evaluación de la carga del cuidador existentes.

Con este estudio pretendemos revisar los instrumentos que hay en España para medir la carga del cuidador y analizarlos desde el punto de vista de su validez y fiabilidad .

OBJETIVOS

- 1.-Encontrar evidencias que permitan identificar el instrumento de medida de la carga del cuidador familiar, más adecuado en AP .
- 2.-Incorporar a la Cartera de Servicios de A.P. del SACYL, intervenciones enfermeras basadas en la Evidencia.

METODO

Revisión sistemática de la literatura mediante protocolo estandarizado desde Septiembre de 2008 hasta Marzo de 2009. Estrategia de búsqueda mediante la formulación de una pregunta de investigación en base a las cuatro pistas de Sackett. Como criterios de inclusión de los artículos se utilizan los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH). Posteriormente se realiza una búsqueda sistemática en Bases de Datos. Los idiomas que se utilizaron para ello fueron el inglés y el castellano y no hubo limitación en la fecha de publicación. El indicador para medir la Validez y Fiabilidad de los resultados, así como para las recomendaciones ha sido el índice de GRAQoL (IG). El IG "pretende ser un indicador factible que proporcione una idea rápida a los usuarios sobre el nivel de desarrollo de un instrumento de medición y su utilidad global basándose en un número de criterios considerados mínimos que deben cumplir los instrumentos de medición de la CVRS".

Los artículos que responden a los criterios anteriormente expuestos son revisados por pares y las discrepancias entre revisores se resuelven por consenso.

RESULTADOS

Se identifican un total de 911 artículos de los que en una primera lectura desestimamos 888. Finalmente seleccionamos 8 a los que se añaden 7 más procedentes del seguimiento de referencias bibliográficas y búsqueda intuitiva en Google.

Los 13 Instrumentos identificados son los siguientes:

El ECFOS-II2 (IG 90,9%), permite medir no sólo la carga subjetiva sino también la carga objetiva de los cuidadores. Es un instrumento válido y fiable para evaluar la carga de los cuidadores de personas con esquizofrenia. Es muy extenso.

El IEC3 (IG 72,72%) sus autores reconocen que el IEC ¿podría incluso mejorarse tras un proceso de adaptación transcultural más riguroso?, debe tenerse en cuenta a la hora de evaluar la carga del cuidador pues es un instrumento de fácil aplicabilidad.

La Escala de Zarit Reducida en Cuidados Paliativos⁴ (IG 50%) Su validez parece adecuada, pero la fiabilidad tanto interna, como test-retest, como entre observadores no está del todo acreditada.

La ESC5 (IG 70%). Es una escala autoaplicada de comprensión fácil y bien aceptada por los cuidadores. La validez y fiabilidad son satisfactorias.

El ISPE6 (IG 55,5%). No se realizó prueba piloto. No se informa de la fiabilidad test-retest ni entre observadores. Es de fácil cumplimentación y breve.

El CCVFEI17 (IG 85,7%). La sencillez y fácil comprensión del cuestionario permite su utilización para valorar la aparición de carga.

El SCAD8 (IG 25%) presenta numerosas lagunas en cuanto a validez y fiabilidad.

El CSCDP9 (IG 88,88%) cumple con los requisitos de fiabilidad y validez suficientes para ser aplicado.

La Escala de Zarit10 (IG 90,9%) es un instrumento válido y fiable para la medida de los niveles de sobrecarga subjetiva de cuidadores de ancianos aquejados de trastornos psicogeríatricos.

El SBAS11 (IG 81,8%) es un instrumento fiable y válido como lo demuestran los resultados del estudio de sus propiedades.

La ECF12 (IG 40%) es un Instrumento específico para valorar la carga en cuidadores de enfermos con trastorno bipolar. Evalúa la carga objetiva, nivel de atribución y carga subjetiva.

El IEQ13 (IG 90%) La fiabilidad interna y la test-retest son medidas de manera adecuada. La validez fue también satisfactoria.

El CPEA14 (IG 0%) es un cuestionario autoaplicado, en fase de elaboración y aún no validado.

DISCUSIÓN

Las limitaciones de nuestro estudio están referidas a la restricción idiomática de los artículos incluidos, limitados al castellano e inglés. De los instrumentos que hemos identificado, 7 de ellos tienen un IG superior al 71% (desarrollo óptimo). Dos de ellos tendrían un resultado aceptable (IG entre 51-70 %) y solamente 4 (IG <50% nivel de desarrollo pobre). La principal implicación para la practica de nuestro estudio consiste en la recomendación de aplicar, en A. P., el Zarit Reducido en Cuidados Paliativos a todos los cuidadores y en caso de aparecer sobrecarga, aplicarles el Zarit completo para determinar el grado de la misma.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.Carretero Gómez S, Garcés Ferrer J, Ródenas Rigla F. La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial.<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>
- 2.Vilaplana M y cols.Validación en población española de la entrevista de carga familiar objetiva y subjetiva (ECFOS-II) en familiares de pacientes con esquizofrenia. Actas Esp. de Psiquiatría;35(6):372-381, nov.-dic.2007.
- 3.López Alonso SR y cols.Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española. Enf. Comunitaria. 2005 ene-jun. 1(1):12-17.
- 4.Gort AM y cols. Escala de Zarit reducida en cuidados paliativos. Med. Clínica. 124(17):651-653. 2005 mayo.
- 5.Fernández Capo M y cols.Validación de la versión castellana de la Finding Meaning Through Caregiving Scale© (Farran et al., 1999). Inf.psiquiátricas. 2006; 184: 187-198
- 6.Muela Martínez JA y cols. Nuevo instrumento de evaluación de situaciones estresantes en cuidadores de enfermos de Alzheimer. Anales de psicología 2002; 18 (2):319-331
- 7.Vergara Gómez M. Elaboración y validación de un cuestionario de calidad de vida para los familiares que viven con pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Tesis Doctoral no publicada
- 8.Abengózar Torres MC y cols.Cuestionario de Sobrecarga en Cuidadoras de Ancianos con Demencia: SCAD. Geriatrika Vol. 12(9)-407-1996.
- 9.J. Teixidó, L y cols. Cuestionario de sobrecarga de cuidadores de pacientes de diálisis peritoneal. NEFROLOGÍA. Vol. 26. Núm. 1. 74-83. 2006
- 10.Martín M y cols.Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (caregiver Burden Interview) de Zarit. Rev.Gerontología 1996;6:338-346
- 11.Otero V y cols. Escala de desempeño psicosocial. Adaptación española del SBAS (Social Behaviour Assessment Schedule). Psiquis 335/90. Vol. 11/90
- 12.Reinares M, y cols. Evaluación de la carga familiar: una propuesta de escala autoaplicada derivada de la escala de desempeño psicosocial. Rev. Psiquiatría Facultad Medicina Barcelona 2004;31(1):7-13
- 13.van Wijngaarden B y cols. Caregiving in schizophrenia: development, internal consistency and reliability of the Involvement Evaluation Questionnaire - European Version. The British Journal of Psychiatry (2000) 177: s21-s27
- 14.Fernández Capo M, y cols. Diseño de un cuestionario para cuidadores principales familiares de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Rev. multidisciplinar gerontología. (2002);12(4): 190-196

POSTER 32**AUTORES/AUTHORS:**

CLAUDIA CONSUELO DOMINGUEZ NARIÑO, LUIS CARLOS OROZCO VARGAS, CLARA FORERO BULLA

TÍTULO/TITLE:

EFICACIA DEL MODELO DE HABILIDADES SOCIALES EN LA PREVENCIÓN DE ABUSO DEL ALCOHOL

1. Objetivo: Evaluar la eficacia el modelo de habilidades sociales en las intervenciones educativas sobre la disminución del abuso en el consumo de alcohol en los estudiantes de secundaria.
 2. Métodos: Ensayo comunitario con un tamaño de muestra seleccionada aleatoriamente (por conglomerado), de 40 colegios, estableciendo una razón de 1:3 intervenidos (10), no intervenidos (30); Alfa de 0.1, poder de 0.8 y delta entre 0.10 a 0.15. Variable de salida: Binge drinking (bebedor en exceso en el último mes). Variable explicatoria: Intervención (talleres educativos de habilidades sociales). Durante el primer año se diseñó y aplicó el pre-test., recolección y análisis de la información e inicio de la intervención. Segundo, tercero y cuarto año: Intervenciones, refuerzos, aplicación del pos-test. Los resultados fueron analizados con el método de covarianza, teniendo como unidad de análisis el colegio y sus respectivos promedios y porcentajes.
 3. Resultados: El efecto crudo de la intervención fue una disminución de 12% que al ser ajustada por tipo de colegio y proporción de hombres da un valor de 14% con IC 95% entre (1 y 26).
 4. Discusión: El resultado de este estudio sustenta que los programas de prevención del abuso de alcohol pueden reducir el consumo de esta sustancia en la población adolescente. Es posible que aumentando la duración de las sesiones y el número de refuerzos se pueda disminuir aún más la ingesta de alcohol en adolescentes.
- Implicaciones para la práctica: Este tipo de investigación permite unir esfuerzos desde los sistemas educativos básicos y universitarios consolidando estrategias en salud pública que permitan fortalecer en nuestros jóvenes las habilidades para la vida, que promueven el desarrollo y afianzamiento de las destrezas psicosociales necesarias para la construcción de procesos personales, familiares y comunitarios, que faciliten una convivencia pacífica y fortalezcan criterios para la resolución de conflictos.
- Además evidencia la importancia del rol de la Enfermera(o) con su compromiso social, en procesos de intervención a nivel comunitario que conllevan a contribuir al fortalecimiento de actitudes y valores, facilitando conductas apropiadas que permiten afrontar efectivamente diferentes situaciones que se presente en la vida de los jóvenes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Rueda Jaimes GE, Camacho López PA. Vigilancia epidemiológica sobre el uso indebido de sustancias psicoactivas en los estudiantes de enseñanza media vocacional de Bucaramanga y su área metropolitana. Médicas UIS 1998 junio.

Alcoholismo. <http://www.miacia.nih.gov>

Wechsler H, Dowdall GW, Davenport A, Rimm EB. A gender ? specific measure of binge drinking among college student. Am J Public Healt 1995 July; 85 (7) : 982 ? 985.

Wechsler H, Dowdall GW, Davenport A, Castillo S. Correlates of college student binge drinking. Am J Public Healt 1995 July; 85 (7) : 921 ? 926.

Madrigal E, Sayago LB. Habilidades para la vida : Prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Exlibris. Venezuela . 1999: 113-19, 93-99

Carvajal ME, Cruz V, Cabal ML, Climent C, Rivera A, Alzate A. La Adolescencia: aspectos biológicos y psicológicos. Comportamiento y Salud 1 de la concepción a la adolescencia. Segunda Edición. Norma. Colombia , 1990:163 ? 176.

Carvajal ME, Cruz V, Cabal ML, Climent C, Rivera A, Alzate A. La Adolescencia: socialización y orientación vocacional. Comportamiento y Salud 1 de la concepción a la adolescencia. Segunda Edición. Norma. Colombia, 1990: 177 ? 188.

Becaña Iglesias E. Teorías Integrativas y Comprensivas. Bases teóricas que sustentan la prevención de drogas. Plan Nacional

sobre drogas. Ministerio del Interior: Universidad de Santiago de Compostela. 1999

Ennett ST, Tobler NS, Ringwalt CL, Flewelling RL. How effective is drug abuse resistance education? A Meta ? analysis of project DARE outcome Evaluations. Am J Public Health. 1994 Sept; 84: 1394 ?1401.

Botvin G, Baker E, Dusenbury L, Bolvin E, Diaz T. Long-term follow- up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. Jama 1995 April; 273 (14): 1106-1112.

Michelson L, Sugai D, Wood RP, Kazdin A. Las habilidades sociales en la infancia, evaluación y tratamiento. En: Martínez R, editor: Madrid.

Murray D. Design and Analysis of Grupo-Randomized Trials. New York Oxford University Press.1998.

Dean AG, Dean JA, Burton AH, Dicker RC. Epi Info Versión 5 : a word processing, data base, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Centers for Disease Control, Atlanta, Georgia, U.S.A, 1990.

Stata Corp.2000. Stata Statistical Software : Release 6.0 College Station, TX : Stata Corporación.

POSTER 33**AUTORES/AUTHORS:**

OSANE DORRONSORO BARANDIARAN, LOURDES ALBIZURI AMILLATEGI, ESTIBALIZ MORENO GAMBOA, M.ANGELES RUA PORTU

TÍTULO/TITLE:

INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE ACCIDENTES INFANTILES CORRESPONDIENTES A UN CENTRO DE SALUD

INTRODUCCIÓN

Las lesiones accidentales son un problema de gran magnitud en salud pública y la principal causa de muerte en los niños de 1 a 4 años en el País Vasco (Plan de Salud). Además son origen de gran número de discapacidades y de lesiones no mortales. El reconocimiento de que los accidentes son evitables ha aumentado y orientado el interés hacia programas dirigidos a su control. El control de los accidentes se basa en el conocimiento de la influencia de los factores etiológicos (riesgos ambientales y comportamientos de riesgo) y en la adopción de estrategias preventivas. La vigilancia y la precaución conforman un requisito básico de todas las partes implicadas: familiares, educadores, profesionales de la seguridad, profesionales sanitarios, poderes públicos, medios de comunicación, etc. Cada uno de ellos debe tomar conciencia de sus responsabilidades o de sensibilización entre los ciudadanos o, de forma primordial, entre aquellos colectivos de riesgo, ya por su exposición o por sus limitaciones personales. Según el criterio de la OMS, se entiende por accidente, todo suceso eventual, involuntario o anómalo, independientemente de su gravedad, que conllevó un daño físico o psíquico, como consecuencia de una falta de prevención o defecto de seguridad.

OBJETIVO

Conocer la incidencia y las características clínico- epidemiológicas de los accidentes ocurridos en una población infantil perteneciente al centro de salud de Gros (Donostia- San Sebastián). Este estudio de incidencia de accidentes tiene como finalidad última servir de instrumento a la prevención en el ámbito de la seguridad en la vida cotidiana de los residentes pediátricos. Además, de detectar los colectivos sociodemográficos, las actividades, los lugares, los productos y servicios de mayor riesgo.

MÉTODO

Se realiza un estudio de cohortes prospectivo durante el periodo comprendido entre el 12 de enero y el 12 de abril de 2009 en el total de la población pediátrica correspondiente al Centro de Salud de Gros. A esta población corresponden 2792 niños/as menores de 14 años de edad. Durante este periodo se monitorizan las consultas por accidente atendidas en el Centro de Salud y en consultas extrahospitalarias y hospitalarias del Área básica durante las 24 horas del día en cualquier tipo de consulta (programada, preferente, urgente o domiciliaria). A cada uno de los casos registrados se le realiza una encuesta personal o telefónica diseñada para este estudio.

Definición de caso: todo paciente menor de 15 años perteneciente al centro de Salud de Gros, que sufra una lesión ocurrida de forma fortuita o accidental y que requiera asistencia en un servicio hospitalario o extrahospitalario durante el periodo 12 de enero a 12 de abril de 2009. Variables estudiadas: edad, sexo, lugar del accidente, tipo de lesión, localización, agentes implicados, intencionalidad, pruebas complementarias, tratamiento y derivación.

El registro de datos se realiza en Access y el análisis estadístico mediante el SPSS 17.0 para WINDOWS

RESULTADOS

Se registran un total de 114 accidentes que representa una incidencia acumulada de 4,3 % accidentes en los 3 meses de estudio. El 45,6% son hombres y el 54% mujeres con una media de edad de 8,17 años (DE: 4,17). Del total de 114 accidentes ,10 (8,8%) correspondieron al grupo de 0 -1 años de edad, 28 (24,6%) al grupo de 2 a 5 años, 38 (33,3%) tanto al grupo de 6 a10 años como al de 11 a13 años de edad.

Las lesiones diagnosticadas fueron: contusiones en el 46,5%, heridas abiertas el 21,9%, lesiones músculo-tendinosas 13,2%, intoxicaciones 3,5%, fracturas 2,6% y otros el 11,2%. EL 64,0% de las lesiones se localizaron en las extremidades, el 26,3% en la cabeza y el 9,6% se presentaron en múltiples localizaciones.

La actividad que desarrollaban durante el accidente fue: actividades de tiempo libre el 59,6%, deporte el 20,2% y otras actividades el 7%. En el 14,9% no consta la actividad.

El lugar del accidente fue en 25,45% en la calle, el 23,7% en el hogar, el 22,8 % en la escuela, el 17,5% en un área deportiva.

Los productos más frecuentemente implicados en el momento del accidente fueron: mobiliarios/objetos en el 46,5%, estructuras (pavimentos, ventanas?etc.) en el 34,2%, tóxicos en el 3,5%) y vehículos en el 2,6%,

El 42,1% de las lesiones fueron atendidos en el servicio de urgencias hospitalario, el 36% en el Centro de Salud y el 19,3% en el servicio de urgencias extrahospitalarias.

El 81,6% sufrieron un accidente casual, el 2,6% fueron víctimas de una agresión un 5,3% fueron producidas por autoagresión.

DISCUSION

La monitorización de los accidentes fue exitosa y se contó con una estrecha colaboración por parte de los profesionales implicados. La incidencia obtenida corrobora que los niños pertenecen a los grupos de riesgo relacionados con los accidentes. Ha sido el grupo de 6 años y mayores de edad los que han presentado mayor número de accidentes. El lugar donde ocurre el accidente se reparte equitativamente en las 4 agrupaciones realizadas: calle, hogar, escuela y áreas deportivas.

La incidencia acumulada en mujeres ha sido más elevada que en hombres.

A pesar que la tasa de accidentes es importante las lesiones no han revestido gravedad, a excepción de un caso el resto no han precisado hospitalización.

Con este estudio se ha cumplido el objetivo planteado de vigilancia de accidentes que junto a la prevención conforman un requisito básico de todos los estamentos implicadas para que tomen conciencia de las responsabilidades para todos los ciudadanos y de forma primordial, entre aquellos colectivos de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFIA

Jiménez Morago JM. Prevención de riesgos domésticos infantiles. 2009.http://www.cedd.net/docs/ficheros/200405030006_24_0.pdf [Consulta 2009-05-25]

Elipe Rebollo P, Tellez de la Vega E, Lassaletta Garbayo J. Prevención de accidentes en la infancia: lesiones no intencionales. *Jano* 2008;(1713):38-41

Sarto F, Roberti S, Renzulli G, Masiero D, Veronese M, Simoncello I et al. [Domestic accidents: a study on children attending the emergency department of the city of Padua]. [Abstract UI - 18274230]. *Epidemiologia e Prevenzione* 2007; 31(5):270-275

Programa de prevención de lesiones: red de detección de accidentes domésticos y de ocio : resultados 2004. Madrid: Instituto Nacional de Consumo, 2005

Soriano SE, Sanchez RJ, Oliva AA, Cristobal Bunuel AJ, Girona BR, Morera JC. Accidentes atendidos en un área básica de salud de Girona, España. *Revista Espanola de Salud Publica* 2002; 76(1):57-64

Ramos Molina D, Díaz Díaz A. Epidemiología de los accidentes : material complementario docente. ISCM-H Facultad de Ciencias Médicas "Julio Trigo López", 1999.<http://fcmjtrigo.sld.cu/materiales/salud/accidentes1.doc> [Consulta 2009-05-25]

Proyecto ZAINBIDE de prevención de lesiones accidentales infantiles. *Salud Pública - Osasun Publikoa : Boletín Epidemiológico de la Comunidad Autónoma del País Vasco* 1998;(1 Trim. 1)

Arbos GJ, Rovira VM, Llobera CJ, Bonet MM. Accidentes infantiles en atención primaria . *Revista de Sanidad e Higiene Publica* 1995; 69(1):97-103 . [Erratum : *Revista Española de Salud Publica* 1995 Sep-Oct;69(5):433-5].

POSTER 35**AUTORES/AUTHORS:**

MAR ECHEVARRIA ZAMANILLO, TERESA DE JESUS DIEZ SANCHEZ, CARLOS FRAILE CAVIEDES, GONZALO DUARTE CLIMENTS, PILAR NOELIA CHICOTE AYLAGAS, M^o ANGELES GUZMAN FERNANDEZ, CARMEN NOVO GARCIA, BEGOÑA SANCHEZ GOMEZ, MARTA GAMARRA LLOUSA

TÍTULO/TITLE:

¿ORGANIZAMOS DE FORMA ADECUADA EL TIEMPO EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERIA EN ATENCION PRIMARIA?

Autores: Mar Echevarría Zamanillo, Teresa de Jesús Diez Sánchez, Carlos Fraile Caviedes, Gonzalo Duarte Climents, Pilar Noelia Chicote Aylagas, M^o Ángeles Guzmán Fernández, Carmen Novo García, Begoña Sánchez Gómez, Marta Gamarra Lloussa Enfermeros. Miembros del grupo de Enfermería Basada en Evidencia del Servicio de Salud de Castilla y León (SACyL)

Introducción: La organización de las consultas de Enfermería en atención primaria (AP) es un tema que preocupa tanto a profesionales como a gestores sanitarios. El tiempo es el principal recurso que gestiona la enfermera, desconocemos evidencias que establezcan su uso y sean relevantes para organizar cargas de trabajo y distribución de plantillas. Este trabajo forma parte de la estrategia del SACyL para el desarrollo de un banco de evidencias en cuidados.

Objetivo: Identificar la evidencia disponible sobre el uso del tiempo en el trabajo de enfermería en AP. Elaborar recomendaciones para la mejora de la cartera de servicios de SACyL.

Método: Se realiza una revisión sistemática de la literatura, con revisión por pares y resolución de discrepancias en el grupo. La búsqueda se hace en las siguientes bases de datos electrónicas: Scielo, Ibecs, Lilacs, Medline, Cochrane, Cuiden, INHATA, Joanna Briggs (JBI), y Teseo. Se ha completado con búsquedas referenciales.

La estrategia de búsqueda se realiza mediante una pregunta siguiendo las pistas de Sackett: población, intervenciones, comparador y resultados (PICO). Se transforma en descriptores de ciencias de la salud (DEcS)-medical subset headings (MESH).

Los criterios de inclusión de los estudios son: castellano, inglés y portugués, periodo 2000-2008, estudios referidos a AP.

Para la lectura crítica y evaluación de la calidad se utilizan las listas de chequeo Critical Appraisal Skills Programme (CASPe) y las listas de chequeo de Sackett.

Resultados: Se identifican 63 estudios que cumplen los criterios indicados, tras su lectura crítica se consideran 15.

Encontramos pocas referencias de estudios específicos sobre el reparto del tiempo de enfermería en AP. La mayor parte de los estudios se refieren al uso del tiempo en consulta médica o médico-enfermera.

El perfil de las personas que acuden con más frecuencia a las consultas de AP es: mujeres, mediana edad, con bajo nivel de renta y cultural, con trastornos psicológicos y/o crónicos 1-2-3-4. No se consideran consumidores de muchas consultas, creen precisar más atención. Valoran positivamente la relación con el personal sanitario. 5-3-15 Se observa mayor satisfacción cuando son atendidos por personal de enfermería. 6

Se realizan más visitas en domicilio cuando mayor es la edad de los pacientes. Se observa variabilidad en la definición del contenido de la consulta de enfermería a demanda y programada, así como al reparto del tiempo en estas actividades. Algunos estudios indican que la mayor parte de las consultas a demanda en enfermería son para aplicación de técnicas o procedimientos, en segundo lugar son para seguimiento de procesos crónicos y después para tratamientos crónicos 4. Así como que una gran parte de las actividades realizadas por la enfermera son interdependientes de otros profesionales. 7-8

La mayoría de enfermeros cree que dedica mucho tiempo al seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas. 9

El análisis de las agendas de las enfermeras indica que el 95% se presentan sectorizadas con actos predefinidos, el 55% tiene una duración inferior a la jornada de trabajo y el 15% tienen un número de huecos inferior a la presión asistencial. 10

Los programas de comunicación sanitaria interactiva mejoran el conocimiento, el apoyo social y los resultados clínicos. 11

El principal motivo de consulta a enfermería es el seguimiento de pacientes crónicos de 55 años o más 4. La educación para la salud grupal economiza tiempo y personal para el control de estos pacientes crónicos. 12

El tratamiento de las heridas crónicas con productos basados en cura húmeda reducen el tiempo empleado por las enfermeras por paciente y úlcera en consulta y en domicilio. 13

En seguimiento de pacientes con Diabetes Mellitus el buen control no depende del número de visitas realizadas. 14

Discusión: Es necesario contar con evidencias que fundamenten una adecuada gestión del tiempo en la actividad diaria de enfermería. Investigar en adecuación de las visitas, en el desarrollo de criterios explícitos de distribución de tiempos y frecuentación

de pacientes. El uso de evidencias que guíen las intervenciones pueden mejorar la gestión del tiempo y por lo tanto la eficiencia de nuestros cuidados.

La enfermería, como miembro de un equipo multidisciplinar y con metodología propia, debe conocer cuales son las necesidades y demandas de la población, así como valorar los servicios propios que está ofreciendo a esta población. Es deseable un proceso de reflexión y discusión sobre estas cuestiones, ayudado por la investigación.

La principal implicación para la práctica de nuestro estudio es que existen dudas sobre si la enfermería está usando su tiempo adecuadamente. Por ello es necesario investigar sobre la actividad y la organización del tiempo de enfermería en AP, valorando la relación entre tiempo y calidad asistencial.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- M.García; V.Martín; D.Ramírez; Y.González. Factores socioeconómicos y frecuentación en las consultas de medicina de familia de la red sanitaria pública madrileña. *Gac sanit* 21(3),2007
- 2-C.Rodríguez, J.Cebriá, Andreu,S.Rasgos de personalidad y malestar psíquico asociados a los pacientes hiperfrecuentadores de consultas de atención primaria. *MEDIFAM* 2003; 13: 143-150
- 3-J.Mancera, F.Muñoz, F.Paniagua,C.Fernández. Problemas de salud y factores determinantes del número de visitas a demanda en pacientes hiperutilizadores de un centro de salud. *AP* 2001; 27: 658-662).
- 4-M.A.Ortega, G.Roca, M.Iglesias, J.M.Jurado. Pacientes hiperfrecuentadores de un centro de atención primaria: características sociodemográficas, clínicas y de utilización de los servicios sanitarios. *AP*, 2004;33(2):78-85
- 5-A.Arillo, C.Vilches, M.Mayor, J.R.Gurpegui,. Pacientes hiperfrecuentadores y difíciles: ¿cómo se sienten tratados por sus médicos? *An. Sist. Sanit. Navar.* 2006, Vol. 29, Nº 1
- 6- Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Sustitución de médicos por enfermeras en la atención primaria.. *Biblioteca Cochrane Plus*.2008. Consultado 5-2009
- 7- S. Agudo, JL.González. Consulta de enfermería a demanda: ¿por qué acuden los usuarios?. *Enf Clín* 2002;12(3):104-8.
- 8- JLGonzález, S.Agudo, C.Esteban. Consulta de enfermería a demanda en los centros de salud del INSALUD de la Comunidad de Madrid. *Enf Clín* 2004;14(1):25-30
- 9- A. Galindo, M.Escobar, D.Corrales, L. Palomo. Opiniones de enfermeros y médicos de atención primaria sobre la organización y las funciones de enfermería. *Enf Clín* 2002;12(4):157-65.
- 10- G Martínez, MA González ,M Doñoro, J. Castro. Agenda de Calidad Area 5 de AP Madrid. Gerencia de AP Área 5-Madrid, 2005.
- 11-Murray E, Burns J, See Tai S, Lai R, Nazareth I. Programas de comunicación sanitaria interactiva para personas con enfermedades crónicas. *Biblioteca Cochrane Plus*; 2008 Consulta 5-2008.
- 12- De Cabo A, Gamarra M, Mediavilla E, Sánchez B, Duarte G. Revisión sistemática: cambiar hábitos ¿Educación para la salud grupal o individual?. 2008. *Consejería Sanidad Junta CyL*
- 13-Fraile C, Fernández A, Herrero R, Sánchez B. En busca del mejor apósito. *Revisión sistemática. Evidentia.* 2009; 6(25).
- 14-T. Ortiz, C. Terol, V. Gil. Frecuentación y grado de control del paciente diabético tipo 2. *Rev Val MF* nº 21
- 15-JA Guerra, I.Anca. Motivos que condicionan el uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes hiperfrecuentadores: estudio con grupos focales. *AP* 2007;39(7):349-54

POSTER 36**AUTORES/AUTHORS:**

Blanca Egea Zerolo, Daniel Carnevali Ruiz, Ruth Bilbao Castelruiz, Celia Doñoro Arenilla, Maria Dolores Sanchez Manzano

TÍTULO/TITLE:

ASYSTE

(ASistencia Y Soporte Terapéutico al Exitus, descripción del proceso asistencial de pacientes fallecidos en Hospital Quirón Madrid)

OBJETIVO PRINCIPAL

Conocer las características demográficas y de la historia clínica tanto médica como de enfermería de los pacientes fallecidos en el Hospital Quirón Madrid, durante el año 2007.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Conocer las características de la historia clínica médica tales como: tipo de tratamiento, especificidad del No RCP, síntomas, etc.
- 2- Describir las características de los comentarios en la evolución de enfermería.
- 3- Describir si existen diferencias en la historia clínica y tratamiento en función de:

- 1- Especialidad Médica
- 2- Edad del paciente
- 3- Grupo diagnóstico

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal

SUJETOS DE ESTUDIO

Todos pacientes que fallecieron entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2007, que figuren en el programa cosmosalud identificados como motivo de alta Exitus.

En total serán analizadas 104 historias clínicas.

Criterios de exclusión:

- 1- Pacientes que fallecen en la urgencia

RECOGIDA DE DATOS

Se realizará analizando la parte médica y de enfermería, en principio en la historia clínica informatizada, y de los que no exista en este formato, se analizará la historia de formato papel.

Variables del estudio:

1- Datos generales:

- Especialidad médica
- Diagnóstico
- Grupo diagnóstico:
- Oncohematológico
- Proceso infeccioso
- Enfermedad cardiovascular
- Enfermedad respiratoria
- Enfermedad neurológica.
- Edad
- Fecha de ingreso
- Fecha de exitus
- Unidad hospitalaria
- Si requirió o no RCP

2- Datos de la historia médica

- Paciente terminal
- Específico No RCP
- Pruebas diagnósticas realizadas en los últimos 3 días: analíticas, diagnóstico por la imagen, etc.

- Tipo de tratamiento el día del fallecimiento
- Paliativo
- Intermedio
- Activo
- Síntomas descritos en las últimas 72h.
- Dolor
- Disnea
- Náuseas/vómitos
- Somnolencia
- Congestión
- Confusión
- Agitación
- Anorexia
- Fatiga
- Incontinencia urinaria
- Estreñimiento

3- Datos de la historia de enfermería

- Tipo de cuidados de enfermería registrados
- Análisis cualitativo de los comentarios de la evolución de enfermería en las últimas 24 horas del paciente.

ANÁLISIS DE DATOS

Una vez recogidos los datos en formato papel, éstos serán pasados a formato electrónico para su tratamiento informático, para lo cual se hará uso de una base de datos específicamente diseñada para este fin.

Primera fase: Estudio univariante de todas las variables que entran a formar parte del estudio con sus correspondientes tablas de frecuencias, sus medidas de centralización y sus medidas de dispersión. Las medidas de centralización que se utilizarán dependerán del tipo de variable estudiada.

Segunda fase: Estudio bivariante de las variables más relevantes, se hará una segmentación de la población por edad, especialidad médica y grupo diagnóstico.

DATOS DE CONFIDENCIALIDAD Y CONTROL DE CALIDAD

Para los fines de este estudio no se transmitirá ni analizará ningún dato de identificación nominal del paciente ni del personal sanitario (médico ni enfermera), únicamente la especialidad médica y la unidad hospitalaria.

Todas las personas encargadas de la recogida de información serán entrenadas antes de comenzar el estudio, con el fin de garantizar que se siguen los mismos procedimientos de recogida por todos los investigadores.

La responsabilidad de salvaguardar los datos para evitar manipulaciones inadecuadas de los mismos corresponde al investigador principal.

RESULTADOS

Se analizan 104 historias clínicas de pacientes fallecidos durante el 2007 de 7682 ingresos totales (1.3%). De los pacientes fallecidos el 56,6% son varones y con un rango de edad de 0 a 96,6 años. El 56,3% tiene un diagnóstico oncohematológico. En el 66% de las historias figuraba como paciente terminal y sólo un 39% se especificaba el No RCP. Más del 70% estaban ingresados en el momento de exitus en la unidad de medicina interna y en la unidad de oncohematología, seguido del 9% en la unidad de cuidados intensivos. No existe ninguna diferencia estadísticamente significativa en el día de la semana en el que se produce la muerte pero sí el 45% fallece en el turno de noche. La estancia media es de 11,5 días, desde la anotación del No RCP 4,4 días y desde el inicio de la sedación 2,2 días. En el 60,4% cierra la historia el médico de guardia. Existen diferencias entre los síntomas más frecuentes

apreciados y anotados en la historia de enfermería y en la historia médica sobretudo en la disnea, angustia y agitación. En mas del 70% de los casos se registra la información dada a la familia sobre el pronóstico y la sedación pero sólo en el 6% se registra la información dada al paciente. Para cerrar la historia de enfermería sólo se anota exitus y la hora en el 45% de los casos. Apartados analizados en la evolución enfermera en la ultimas 48 horas del paciente: 1- Estado de ánimo del paciente: los términos más utilizados son: tranquilo, intranquilo, agitado, relajado y sensación de ahogo. 2- Existen numeroso comentarios sobre la sedación tanto si es óptima como si es insuficiente. 3- Comentarios referentes a la familia generalmente negativos.

DISCUSIÓN

Falta información sobre el turno en el que fallece el paciente. Hay muchos mas comentarios sobre la situación física (constantes, tratamiento, etc.) que sobre la situación psicológica y estado de animo del paciente. La sedación tiene mucha importancia y relevancia en los comentarios de enfermería

La familia generalmente se nombra como elemento distorsionador y no en los casos positivos

Es necesario una mayor coordinación asistencias para mejorar la coherencia de criterios entre médicos, enfermeras y médicos de guardia

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Ferrand E, Jabre P, Genod CV, Aubry R et al. Circumstances of Death in Hospitalized Patients and Nurses' Perceptions. French Multicenter Mort-a-l'Hospital Survey. ARCH INTERN MED 2008;168 (8):867-875
- Ellershaw J, Ward C. Care of the dying patient: the last hours or days of life. BMJ. 2003;326(7379):30-34.
- Barbero Gutiérrez J, Bayés Sopena R, Gómez Sancho M, Torrubia Atienza P. Sufrimiento al final de la vida. Med Pal (Madrid). 2007;14(2):93-9.
- Simón P, Barrio I, Alarcon F et al. Ética y muerte digna propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras.
- Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. An. Sist. Sanit. Navar. 2006;29(Supl.3):7-17.
- Couceiro A. El enfermo terminal y las decisiones en torno al final de la vida. En: Couceiro A, ed. Ética en cuidados paliativos. Madrid: Triacastela, 2004. p. 271-275.

POSTER 37**AUTORES/AUTHORS:**

Silvia Esteban Sepúlveda, Consol Méndez Vallejos, Alfonsa Sánchez Sánchez

TÍTULO/TITLE:

¿HAY UN PERFIL DE RIESGO EN LOS LACTANTES MENORES DE UN MES DE VIDA QUE INGRESAN EN EL HOSPITAL?

OBJETIVO

Averiguar si existe un perfil de riesgo entre los recién nacidos sanos dados de alta entre el 2º y el 5º día de vida, que determine su ingreso hospitalario durante el primer mes.

MÉTODO Y ÁMBITO DE ESTUDIO

Tipo de estudio: descriptivo y retrospectivo.

Población diana: recién nacidos menores de un mes que requieren ingreso hospitalario.

Muestra: recién nacidos menores de un mes que han ingresado en el Servicio de Pediatría y Neonatología del Hospital del Mar durante el año 2008.

Procedimiento: Se han revisado las 45 Historias clínicas de los ingresos y se han tratado los datos obtenidos con estadística descriptiva, Chi cuadrado y Test de Fisher, estableciéndose un nivel de significación de 0,05.

Ámbito de estudio: Unidad de Neonatología del Hospital del Mar de Barcelona

Variables estudiadas:

- ? Estacionalidad de los ingresos
- ? Diagnósticos de ingreso
- ? País de origen de las madres

RESULTADOS**1. INGRESOS VS DIAGNÓSTICOS: agrupaciones diagnósticas**

Síndrome febril: 6

Deshidratación (con o sin síndrome febril): 9

Patología digestiva (vómitos,GEA, muguet): 3

Ahogamiento: 9

Patología respiratoria (CVA, tosferina, apnea, espasmo del llanto, bronquiolitis): 6

Infección: infección urinaria, virusis (exantema, contacto con varicela, infección vírica): 9

Varios (ictericia, prueba hormonal): 3

2. NACIMIENTOS VS PAÍS ORIGEN MATERNO

EUROPA OCCIDENTAL Y PAISES NÓRDICOS: España, Bulgaria, Francia, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, PB, Polonia, Portugal, Inglaterra, Alemania, Suecia. TOTAL 670 (41%). España: 620

EUROPA DEL ESTE Y RUSIA: Rumanía, Ucrania, Moldavia, Georgia, Rep. Checa, Bosnia Herzegovina, Armenia, Rusia, Yugoslavia. TOTAL 58 (4%). Rumanía: 26

AFRICA SUBSAHARIANA: Camerún, Congo, Gabón, Guineas, Nigeria, Senegal, Sudán, Tanzania. TOTAL 19 (1%)

NORTE AFRICA Y MAGREB: Algeria, Marruecos, Arabia Saudí, Afganistán, Siria, Turquía, Emiratos Árabes. TOTAL 124 (8%). Marruecos 118

ASIA: Tadjikistán, Kazakhastán, Pakistán, Nepal, India, Filipinas, China, Bangladesh. TOTAL: 279 (18%). Pakistán 100; China 74

CENTRO Y SUR AMÉRICA: México, Costa Rica, Cuba, Dominica, El Salvador, Honduras, R. Dominicana, Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay, Venezuela. TOTAL 361 (23%). R. Dominicana 63; Ecuador 73

ETNIA GITANA: español (61), rumano, portugués. TOTAL: 66 (4%)

VARIOS: EEUU, Malta

TOTAL NACIMIENTOS AÑO 2008: 1634

3. INGRESOS VS PAÍS ORIGEN MATERNO

España:27 (61%)
Inglaterra:1
Filipinas:1
Pakistán:3
India: 1
Bangladesh:1
Brasil:1
Cuba:1
Ecuador:2
Dominica:1
Marruecos:3
Algeria:1
Senegal:1

4. INGRESOS VS ESTACIONALIDAD

? Total ingresos < 1 mes durante el año 2008: 45
? Promedio de ingresos cada mes: 4 (SD: 2)
? Porcentaje promedio de bebés nacidos en cada mes que reingresan: 2,71%
? Ingresos durante el mes de Agosto: 8
? Porcentaje promedio de bebés nacidos durante el mes de Agosto que reingresan: 5,55%

CONCLUSIONES

? No hay diferencias significativas en el número de nacimientos que hay en cada mes.
? No hemos encontrado una relación directa entre el país de origen de la madre y el número de reingresos.
? La mayoría de los ingresos son recién nacidos de madres españolas, (61%), sin embargo los nacimientos de este perfil solamente supone el 38%.
? Hay una gran variabilidad en los diagnósticos, de manera que no hay una relación directa entre el diagnóstico y el número de reingresos, a excepción del mes de agosto, en el que hay una constante diagnóstica (la deshidratación) y un número de ingresos mucho mayor.

APLICABILIDAD CLÍNICA

? Proponemos contacto precoz con la enfermera de enlace para un mayor control en Atención Primaria si se detecta algún signo de riesgo: ictericia, mucosas secas, alimentación deficiente, etc.
? Consideramos que el mes de agosto es un mes de riesgo para los recién nacidos de menos de un mes, y pensamos que sería necesario aplicar medidas complementarias de soporte al alta enfocadas a la prevención de la deshidratación (control de la temperatura corporal y ambiental, alimentación, etc).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Rodríguez giménez M., Ortiz Acosta M., Cruz alavez A. ?Estrategias de enfermería para evitar el reingreso del prematuro al hospital.? Revista de Enfermería, Instituto Mexicano del Seguro Social (Mexico), Vol 4 Núm 2-3 (99) 2. Ictericia en el Recién Nacido II: Experiencia en Hospital San José ? Hospital Roberto del Río y Revisión del Tema Dr. José Luis Orfel, Pediatra-neonatólogo,

Residente Hospital San José. Medwave. Año 5, No. 7, Edición Agosto 2005 3. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Diciembre 2007. INCLASNS-BD, VERSIÓN 0. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo, Gobierno de España. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. HFA-DB España.

POSTER 39**AUTORES/AUTHORS:**

Maria Teresa Fajardo Peña, Fabio Camargo, Luis Carlos Orozco, Claudia Dominguez

TÍTULO/TITLE:**EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA GESTANTES INASISTENTES AL CONTROL PRENATAL**

Enfermería tiene la responsabilidad de brindar un cuidado oportuno y de calidad a las gestantes y su familia; para ello cuenta con el Proceso de enfermería y el lenguaje estandarizado, NANDA (Definición y Clasificación de Diagnósticos Enfermeros), CIE (Clasificación de Intervenciones de Enfermería) y CRE (Clasificación de Resultados de enfermería). El incumplimiento del tratamiento es uno de los diagnósticos de enfermería que se puede evidenciar en las gestantes que no acuden oportunamente a la atención prenatal circunstancia que pone en riesgo tanto la salud materna como perinatal. Se considera que a través de intervenciones de enfermería dirigidas a aumentar los conocimientos en las gestantes sobre la importancia de acudir al mismo, se motivará su asistencia. Objetivo: Determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería: Educación Sanitaria y Modificación de la conducta para el Incumplimiento del tratamiento en gestantes inasistentes al control prenatal. Método: Ensayo clínico controlado enmascarado, la asignación a la intervención se realizó de forma aleatoria por bloques. La muestra fue de 45 personas (17 intervenidas y 28 de control). Se compararon los puntajes de las evaluaciones iniciales y finales obtenidas en la etiqueta ?conocimiento: gestación? por medio del análisis de covarianza (ANCOVA).

El presente estudio se desarrolló de acuerdo a los siguientes pasos: el contacto con las gestantes se realizó en los meses de Enero a Abril del 2008, a través de las madres comunitarias que se encontraban en estos sectores y la búsqueda puerta a puerta con el fin de obtener información sobre las gestantes inasistentes al control prenatal. Al identificar una gestante que cumpliera con los criterios de inclusión y aceptara su participación en el estudio, previo consentimiento informado, se comunicaba telefónicamente con uno de los investigadores quien contaba con el listado de asignación aleatoria de las gestantes y finalmente definía a qué grupo pertenecían, este investigador no tuvo contacto con las participantes.

Posteriormente se aplicó un formato que evaluaba variables sociodemográficas y reproductivas, nivel socioeconómico, accesibilidad a los servicios de la salud, una sección sobre conocimientos y actitudes frente a la gestación y al control prenatal, este se diligenció a manera de entrevista. Además se aplicó el CRE inicial mediante un formato previamente realizado por los investigadores en el que se operacionalizaron los indicadores del resultado: (1810) conocimiento: gestación; y es con base en este que al finalizar la investigación se determinó la eficacia de las intervenciones de enfermería: (5510) Educación sanitaria: con 12 actividades de las 35 que propone, (4360) Modificación de la conducta: con 19 de 42 actividades, ejecutadas durante la investigación. Después de aplicar estos formatos se acordó la fecha y hora de cada intervención individual para el grupo intervenido, al igual que las visitas que se realizaron al grupo control; teniendo en cuenta un intervalo de una semana entre cada intervención para un total de 5. Las gestantes del grupo intervenido recibieron 5 sesiones individuales, cada una con una duración de 30 minutos. Para el desarrollo de cada sesión se contó con folletos los cuales permitían un mayor entendimiento del tema expuesto. El enfoque de los temas a tratar en todas las sesiones de intervención fue: importancia y ventajas del control prenatal, cambios durante la gestación, cuidados durante el embarazo, complicaciones del embarazo y alimentación durante el embarazo y lactancia materna. Al grupo no intervenido se le realizaron 5 visitas en las cuales se les preguntaba a las gestantes sobre su estado de salud y sobre la asistencia al control prenatal, en la primera visita se realizó una intervención sobre lactancia materna la cual no tenía relación con las intervenciones de enfermería dadas al grupo intervenido. Al finalizar la última intervención se dejó un intervalo de una semana para aplicar el CRE final. Resultados: El puntaje promedio obtenido en el grupo intervenido fue 1.8 en el CRE inicial y de 2.0 CRE final, mientras que el grupo control obtuvo 1.8 en el CRE inicial y 1.7 en el CRE final. Al realizar el análisis de covarianza se encontró un delta de 0.3 (IC 95% 0.09-0.52; $p < 0.006$). Se realizó el ajuste al análisis de covarianza con las variables estrato socioeconómico y estado civil, ya que estas no se encontraban distribuidas aleatoriamente entre los dos grupos, obteniéndose un delta de 0.33 (IC 95% 0.07-0.58; $p < 0.012$). Se necesita tratar por lo menos a dos personas para que en una persona haya un aumento en el CRE final, sin importar cuanto sea dicho aumento. Discusión: En las gestantes intervenidas se encontró un delta de 0.33 en la etiqueta del CRE conocimiento: gestación, al realizar el ajuste por estrato socioeconómico y estado civil, se obtuvo un cambio significativo aunque no era el esperado según la hipótesis. En el análisis de supervivencia se halló que las gestantes del grupo intervenido acudieron más rápido y en mayor número a la atención prenatal en comparación con las del grupo control. Conclusión: las intervenciones educativas favorecen la asistencia de las gestantes al control prenatal.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. OPS. Lineamientos y directrices de enfermería para la mejoría de la calidad de la atención Prenatal en embarazos de bajo riesgo en América Latina y el Caribe. 2004. Washington D.C.
2. CARDENAS M, CARRILLO C. Boletín de información científica para el cuidado en enfermería. Instituto Nacional de Salud Pública. Octubre de 2006. <http://www.insp.mx/nls/bpme>
3. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Mortalidad materna en 2005 estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial.
4. Normas Técnicas Resolución 412/2000 .Detección temprana de alteraciones en el embarazo. Ministerio de protección social.
5. FANEITE Pedro, RIVERA Clara, GONZALEZ María et al. ¿Por qué no se controla la embarazada? Junio. 2002. Revista obstet Ginecol Venez. Vol. 62, Número 2. Pág. 77-82. www.scielo.org.ve
6. VALADEZ Alfaro y CELIS DE LA ROSA A. Predictores de utilización de la atención prenatal. Salud pública. Universidad de Guadalajara. México. Marzo 2005. Volumen 35 Numero 04 págs. 185-191
7. URREGO Zulma, GONZALEZ Elsa, FERNANDEZ Ruth. Evaluación del control prenatal en el Hospital Kennedy. Bogotá. 1999 ? 2000.
8. IBAÑEZ L, SARMIENTO L. El Proceso de Enfermería. Primera edición. Editorial Universidad Industrial de Santander. 2003. Colombia.
9. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificaciones. Edición en español 2003-2004. Madrid: Editorial Elsevier, 2003. (pág: 114 ? 115).
10. McCLOSKEY Joanne y BULECHOCK Gloria. Clasificación intervenciones de enfermería. Edición 3°. Madrid España. Editorial Elsevier. 2005.
11. JONSON M Y otros. Clasificación de resultados de enfermería. Edición 2°. España. Editorial Harcourt. 2001
12. CARPENITO L. Handbook of nursing diagnosis, 11 edition, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2006. pág. 10
13. CDC. Epi Info versión 6.044 Epidemiología en ordenadores. Atlanta, Georgia. Enero 2001.
14. Stata Corp 2007. Stata Statistical Software; Release 10. College station, tx. Stata Corporation.
15. AGUILAR Karen, BAUTE Lennys, JURADO Gilennys, LEE Carolina. Morbilidad Materna Según el control prenatal en usuarias que acudieron al hospital Dr. Juan Aponte Del Baúl Edo. Cojedes. Disponible en : www.clap.ops-oms.org/web_2005/.../BOLETIN19.pdf

POSTER 40**AUTORES/AUTHORS:**

Susana Gutiérrez-De Montes, M^a Aránzazu Fernández-Ramajo, M^a Begoña González-Bustillo, M^a Ángeles Guzmán-Fernández, María Begoña Sánchez-Gómez, Gonzalo Duarte-Climents, Rosa Isabel Sánchez-Alonso, Raquel Hernández-Pedraza, Mercedes Jiménez-Verdú

TÍTULO/TITLE:

¿ESTAMOS UTILIZANDO EL INSTRUMENTO ADECUADO PARA VALORAR LA DEPENDENCIA? REVISIÓN SISTEMÁTICA.

Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia, publicada en el BOE de 15 de diciembre de 2006, obligó a la Administración Pública a tener un sistema de valoración para personas en situación de dependencia.

Se define dependencia como la pérdida de la autonomía personal en algún sentido y condicionada por la discapacidad física, psíquica, limitaciones sociales, económicas? Desde el punto de vista operativo y conceptual, una persona es dependiente cuando requiere ayuda de otra para desempeñar determinadas actividades cotidianas.

Las situaciones de dependencia, afectan a diferentes esferas de la vida, como la personal, familiar, social, médica, económica, asistencial...que son estudiadas por diferentes profesionales y disciplinas. Esta situación por un lado enriquece y profundiza su estudio y por otro lado da lugar a confusión por los diferentes términos, definiciones escalas y métodos de clasificación.

Hoy en día existen numerosos instrumentos de evaluación que como señalábamos, dan lugar a confusión. Por un lado induce a utilizar instrumentos para medir cuestiones para las que no están diseñados. También es imposible conocerlos todos en profundidad, con los consecuentes riesgos de interpretación. Otro problema es la falta de comparabilidad de los resultados y muchos de estos instrumentos no cuentan con las características psicométricas mínimas exigidas.

En España la población mayor de 65 años es la más susceptible de padecer alguna dependencia, a fecha de diciembre de 2008 es de 7.632.925 y los mayores de 65 años en Castilla y León son 570.332. De ahí la importancia de las administraciones públicas y en concreto de Sacyl por tener los mejores instrumentos de medida para valorar la dependencia. Es lo que se propone esta revisión ¿Estamos utilizando el instrumento adecuado para valorar la dependencia?

Objetivo: Identificar la evidencia disponible sobre instrumentos para valorar la dependencia. Elaborar recomendaciones de mejora de Cartera de Servicios SACyL.

Método: Protocolo explícito de revisión sistemática por pares y resolución de discrepancias en grupo. Bases de datos: Biblioteca Virtual de Salud, Scielo, Medline, CUIDEN, Joanna Briggs Institute (JBI) y Cochrane Library. Estrategia de búsqueda con formato de Sackett-PICO (paciente, intervención, comparador y variable). Se identifican descriptores DeCs/MeSH. Se completa con búsqueda referencial.

Criterios de inclusión de los estudios: tema, no restricciones por fecha de publicación o método de estudio. Criterios de exclusión: instrumentos sobre adherencia al tratamiento y anciano de riesgo, objetivo de otras revisiones.

Método de análisis y síntesis de información: índice de GRAqol, Critical Appraisal Skill Programme en español si procede, tabla de síntesis. Elaboración de recomendaciones según el nivel de evidencia y grado de recomendación de JBI.

Resultados:

Se identifican 1027 artículos que cumplen con los criterios. Se filtran 42 y se añade 1 de búsqueda de referencia. Tras su análisis y lectura crítica se seleccionan 12.

No se han encontrado estudios sobre las características psicométricas del baremo específico de la dependencia.

No se encuentran instrumentos globales específicos para valorar la dependencia con aplicabilidad clínica.

Se encuentran diferentes instrumentos que valoran aspectos parciales de dependencia. Tras evaluación crítica con el índice GRAqol (mide el grado de desarrollo de un test y su grado de calidad) los principales resultados son:

Instrumentos de valoración funcional: las características psicométricas del índice de Barthel 45% y de Lawton y Brody 50% son superiores al índice de Katz 44%.

Instrumentos que valoran la esfera psicológica: el índice GRAqol es superior en el Pfeiffer 81% que en el Minimental 72%. Se evalúa el test de Yesavage 72,7%.

Instrumentos de valoración social: el test de Apgar familiar 70% fue superior al cuestionario Duke 66,6% y escala de valoración sociofamiliar 66,6%.

Discusión:

Nuestro estudio presenta las siguientes limitaciones: restricción de búsqueda en castellano, inglés y portugués; falta de estudios específicos en nuestro medio.

Los resultados en la evaluación de los instrumentos de valoración funcional pueden ser controvertidos según autores.

Sorprende encontrar instrumentos de uso habitual que no cumplen con criterios básicos de calidad psicométrica como el índice katz o el de Barthel, con un índice de GRAqol inferior al 50%. Esto nos lleva a pensar la facilidad con que se aceptan la utilización de determinados test más por su uso generalizado que por su grado de evidencia demostrada de calidad psicométrica.

Las implicaciones para la práctica profesional de nuestro estudio se resume en la necesidad de utilizar instrumentos de mayor calidad psicométrica, así como la realización de trabajos dirigidos a la estandarización de la aplicación de estos instrumentos y su valoración, o el desarrollo de otros instrumentos basados en modelos psicométricos potentes.

La inclusión en el baremo de dependencia de estos instrumentos implica un riesgo de que la puntuación varíe en función de los instrumentos, dando lugar a un problema de equidad para el paciente, con repercusión en la prestación asignada.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1-Brorsson B, Asberg KH. Katz index of independence in ADL. Reliability and validity in short-term care. Scand J Rehabil Med. 1984;16(3):125-32.
- 2-Katz S, Akpom CA. A measure of primary sociobiological functions. Int J Health Serv. 1976;6(3):493-508.
- 3-Asberg KH, Sonn U. The cumulative structure of personal and instrumental ADL. A study of elderly people in a health service district. Scand J Rehabil Med. 1989;21(4):171-7.
- 4-Cabañero MJ, Cabrero J, Richart M, Muñoz CL. Structured review of activities of daily living measures in older people. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008 Sep-Oct;43(5):271-83
- 5-Martínez-Martín P, Fernández-Mayoralas G, Frades-Payo B, Rojo-Pérez F, Petidier R, Rodríguez- Validation of the functional independence scale. Gac Sanit. 2009 Jan-Feb;23(1):49-54. Epub 2009 Jan 9.
- 6- Sainsbury A, Seebass G, Bansal A, Young JB. Reliability of the Barthel Index when used with older people. Arch Gerontol Geriatr. 2008 Nov 4.
- 7-Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J Disability evaluation: Barthel's index. Rev Esp Salud Publica. 1997 Mar-Apr;71(2):127-37
- 8-Fonseca F, Bulbena A, Navarrete R, Aragay N, Capo M, Lobo A, Trzepacz PT Spanish version of the Delirium Rating Scale-Revised-98: reliability and validity J Psychosom Res. 2005 Sep;59(3):147-51
- 9-Tombaugh TN, McIntyre NJ The mini-mental state examination: a comprehensive review. J Am Geriatr Soc. 1992 Sep;40(9):922-35
- 10- Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Aguado Taberné C, Albert Colomer C, Arias Blanco MC Abbreviating the brief. Approach to ultra-short versions of the Yesavage questionnaire for the diagnosis of depression. Aten Primaria. 2005 Jan;35(1):14-21
- 11-Martínez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onís Vilches MC, Aguado Taberné C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Spanish language adaptation and validation of the Pfeiffer's questionnaire (SPMSQ) to detect cognitive deterioration in people over 65 years of age. Med Clin (Barc). 2001 Jun 30;117(4):129-34.
- 12-Olazarán J, Mouronte P, Bermejo F. [Clinical validity of two scales of instrumental activities in Alzheimer's disease. Neurologia. 2005 Oct;20(8):395-401. Spanish.
- 13-Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc. 1991 Feb;39(2):142-8.
- 14-Lindsay R, James EL, Kippen S. The Timed Up and Go Test: unable to predict falls on the acute medical ward. Aust J Physiother. 2004;50(4):249-51.

POSTER 41**AUTORES/AUTHORS:**

MARTA GAMARRA LLOUSA, CARMEN NOVO GARCÍA, LAURA GARCÍA HUERTA, PILAR NOELIA CHICOTE AYLAGAS, TERESA DE JESÚA DíEZ SÁNCHEZ, MAR ECHEVARRÍA ZAMANILLO, MARÍA BEGOÑA SÁNCHEZ GÓMEZ, GONZALO DUARTE CLÍMENTS, MARÍA ÁNGELES GUZMÁN FERNÁNDEZ

TÍTULO/TITLE:

¿Son efectivas las intervenciones de enfermería en pacientes dependientes? Revisión sistemática.

El aumento de la dependencia en los últimos años conlleva no sólo un deterioro de la salud del paciente, sino también un aumento en los costes socio-sanitarios y en la carga asistencial del personal de enfermería de Atención Primaria. Este trabajo forma parte de la estrategia del Servicio de Salud de Castilla y León (SACyL) para el desarrollo de un banco de evidencias en cuidados.

Objetivos:

- Identificar la mejor evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones de enfermería en pacientes dependientes.
- Elaborar recomendaciones para la mejora de la Cartera de Servicios de SACyL.

Método. Se realiza una revisión sistemática de la literatura siguiendo un protocolo explícito. Se lleva a cabo una revisión por pares y resolución de las discrepancias en grupo. Comienza por una búsqueda bibliográfica en Biblioteca Virtual de Salud, Medline, Cochrane, Joanna Briggs Institute (JBI), Cuiden, Inahta, Scielo. Se formula la pregunta siguiendo el formato Paciente, Intervención, Comparador y Outcomes (Sacket-PICO), con palabras clave descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs) y Medical Subject Headings (MeSH) adecuados al objeto de la búsqueda.

Los criterios de Inclusión del estudio son: tema adecuado al objetivo de la revisión, método (incluye revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos aleatorios (ECA) y Guías de Práctica Clínica (GPC)) publicados en los últimos 10 años y con aplicabilidad a nuestro medio. Se excluyen estudios cuyo método no asegure un nivel de evidencia II siguiendo la clasificación de la JBI.

El análisis y síntesis de la información se realiza mediante listas de chequeo de Critical Appraisal Skills Programme Español, escala de Jadad para ECA si procede, y tabla de síntesis

que sigue los niveles de evidencia (NE) y grados de recomendación (GR) de la clasificación del JBI.

Resultados. Se encontraron 57 estudios que cumplen los criterios expuestos, tras una revisión preliminar se eligen 16. Tras la lectura crítica se seleccionan 3 ECAS y 3 Metaanálisis. Los principales resultados encontrados según su NE/GR del JBI son:

El ejercicio físico prolonga la autonomía en personas con movilidad limitada NE I/GR A

Un ejercicio específico llamado "entrenamiento de fuerza con resistencia progresiva", mejora la fuerza muscular en ancianos, pero no reduce su discapacidad NE I/GR A.

Las tecnologías de apoyo retrasan el deterioro funcional, reducen costes, evitan ingresos NE I/GR A.

La visita domiciliaria preventiva retrasa el declive funcional a corto plazo NE I/GR A.

En pacientes con accidente cerebro-vascular, la intervención temprana de enfermería reduce re-hospitalizaciones NE I/GR A

Discusión. Las limitaciones de nuestro estudio se refieren al lenguaje de búsqueda inglés, castellano y portugués, y la relativa ausencia de estudios específicos para intervenciones de enfermería.

La principal implicación de nuestro estudio para la práctica es que existen intervenciones de efectividad demostrada en dependencia para la práctica habitual enfermera.

Las evidencias encontradas, nos dicen que la visita domiciliaria, es una intervención efectiva en sí misma y como medio para realizar otras intervenciones a pacientes dependientes. Las intervenciones específicas en pacientes dependientes con artrosis y ACV, (hablamos de casos con patologías concretas), han sido efectivas, consiguiendo una importante mejoría y evitando el deterioro de estos pacientes.

Para la práctica clínica, consideramos que hay muchas más intervenciones de enfermería que las visitas domiciliarias en sí y que realizamos a diario con nuestros pacientes dependientes, sean de la edad que sean por lo que es necesario e importante que todas esas intervenciones de enfermería que realizamos, sin olvidarnos de las visitas domiciliarias, queden reflejadas para que en el futuro, podamos aplicarlas a otro tipo de patologías y podamos tener evidencias de nuestro trabajo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

REFERENCIAS

- 1.- Bibiana Escuredo-Rodríguez. El discurso de las enfermeras ante el cuidado de las personas mayores dependientes y sus cuidadores familiares. *Index Enferm* v.15 n.52-53 Granada primavera/verano.
- 2.- Bienvenida Gala Fernández, Sergio Romeo López Alonso, Rosa María Pérez Hernández. La enfermera, profesional clave para la coordinación de la atención socio-sanitaria a personas con dependencia. *Index Enferm* v.15 n.54 Granada otoño 2006
- 3.- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia. BOE n.299, 15 de diciembre de 2006.
- 4.- Brenda W. J. H. Penninx, PhD; Stephen P. Messier, PhD; W. Jack Rejeski, PhD; Jeff D. Williamson, MD, PhD; Mauro DiBari, MD, PhD; Chiara Cavazzini, MD; William B. Applegate, MD; Marco Pahor, MD. ?Physical Exercise and the Prevention of Disability in Activities of Daily Living in Older Persons With Osteoarthritis?. *Arch Intern Med*. 2001;161:2309-2316.
- 5.- Stuck AE, Minder CE, Peter-Wüest I, Gillmann G, Egli C, Kesselring A, Leu RE, Beck JC
A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. *Arch Inter Med*. 2000;160:977-86
- 6.- Mann WC, Ottenbacher KJ, Fraas L, Tomita M, Granger CV. Effectiveness of assistive technology and environmental interventions in maintaining independence and reducing home care costs for the frail elderly. A randomized controlled trial. *PubMed Mayo* 1999.
- 7.- C. Paixão Teixeira, L.D. Silva. Las incapacidades físicas de pacientes con accidente vascular cerebral: acciones de enfermería /as incapacidades físicas de pacientes com acidente vascular cerebral: ações de enfermagem. *Enfermería global: Revista electrónica semestral de enfermería*, ISSN 1695-6141, Nº. 15, 2009. Febrero 2009
- 8.- Latham N, Anderson C, Bennett D, Stretton C. Entrenamiento de fuerza con resistencia progresiva para la discapacidad física en ancianos. *Biblioteca Cochane Plus*, 2008, número 2.
- 9.- Bouman A, van Rossum E, Nelemans P, Kempen GI, Knipschild P. Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2

POSTER 42**AUTORES/AUTHORS:**

M^a Noelia García Hernández, M^a Elena Fraga Hernández, Esther Patricia Díaz González, Miguel Mario Hernández Díaz, M^a Luz Méndez Cabrera, Juan de Dios Pérez Cerna

TÍTULO/TITLE:

USO DE INHALADORES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN.

INTRODUCCIÓN: La terapia inhalatoria es el tratamiento de elección en las enfermedades pulmonares, tanto agudas como crónicas. Los medicamentos inhalados, al actuar directamente sobre el tejido afectado, tienen mayor rapidez de acción y necesidad de menor dosis para obtener una buena respuesta terapéutica. Es indispensable una técnica correcta de administración para lograr el efecto farmacológico deseado. Diversos estudios señalan que el porcentaje de pacientes que no usan correctamente los inhaladores es elevado. Ya que la dificultad respiratoria es uno de los motivos de consulta más frecuentes en nuestro servicio y, que esta realidad se ve incrementada en la edad pediátrica por la necesidad de uso de diferentes dispositivos inhalatorios, nos pareció pertinente diseñar un estudio para identificar los principales déficit e implementar medidas de mejora en las intervenciones educativas.

OBJETIVO: El objetivo del presente estudio fue analizar el grado de conocimientos sobre el uso y técnica de administración de inhaladores en los padres y/ o cuidadores de niños con esta terapia.

MÉTODO: Se le realizó una entrevista a cuidadores de niños de Mayo a Noviembre del 2008. Se incluyeron en el presente estudio los niños que cumplían los tres criterios citados a continuación: consultar por dificultad respiratoria, precisar administración de medicación vía inhalatoria en el Servicio de Urgencias y haber tenido otras crisis previas. Se interrogaba sobre los pasos a dar para la administración de los fármacos inhalados adecuados al dispositivo de uso (MDI con cámara y mascarilla, MDI con cámara y boquilla o sistemas de polvo seco). Las variables estudiadas fueron agrupadas en datos de filiación y técnica de administración. Además se interrogó por: dónde le prescribieron por primera vez el tratamiento inhalatorio, si recibió algún tipo de explicación sobre la técnica y mantenimiento del dispositivo, si hubo demostración práctica o no, técnica de sujeción e inmovilización del niño, orden de administración de fármacos cuando se administran varios y, diferenciación entre medicación para tratamiento de las crisis y tratamiento de base.

RESULTADOS: se realizaron 172 entrevistas a cuidadores de niños que acudieron al servicio de urgencias y cumplían los criterios de inclusión. Los rangos de edad fueron: de 4 meses a 3 años: 82 pacientes; de 3 a 6 años: 57 pacientes y, mayores de 6 años: 33 pacientes. En la mayoría de los casos el cuidador entrevistado fue la madre (82,08%). Utilizaban MDI con mascarilla el 87,79%, MDI con boquilla el 6,9%, y, dispositivos de polvo seco 3,4%. En la mayoría de los pacientes la primera explicación del uso de aerosol corrió a cargo de su pediatra (71.5%). Un 10% dicen que nunca le han explicado la técnica. Hasta un 21,5 % utilizaba dispositivos no adecuados a la edad. El error más frecuente en todos los dispositivos está en no realizar enjuague bucal posterior. Con el dispositivo MDI con cámara, hasta en un 32,8 % no se asegura la adecuada inhalación del principio activo, (falta de ajustar la mascarilla al rostro, o por no mantenerla el tiempo adecuado...). El 48.8 % de los padres no conoce la técnica de inmovilización. Un 22.8% administra el tratamiento al niño estando éste acostado, y un 67% no sabían que debían cebar la cámara antes de su primer uso. Del total de la muestra, un 31.6% desconoce el orden de administración en caso de combinar aerosoles con diferentes principios activos y, el 36,3 % no sabe cuál es el principio activo de uso inicial (?tratamiento de rescate?) en caso de crisis aguda.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: la mayor parte de los niños utilizaban por edad MDI con cámara y mascarilla, por lo que se evidencian más los errores en este grupo de pacientes. Para el resto de dispositivos necesitaríamos ampliar la muestra. En vista de los resultados obtenidos en este estudio, parece necesario que el abordaje de enfermería desde cualquier ámbito de Atención Primaria (consultas o urgencias) incluya todas las intervenciones (sistemáticas y homogéneas) que garanticen que los padres conocen:

- ? La pauta de administración de fármacos,
- ? Dispositivo a utilizar y cuidados del mismo,
- ? Técnica de inhalación y

? Técnica de inmovilización en lactantes.

Es necesario desarrollar soportes educativos para los pacientes con el objeto de asegurar la consulta de dudas frecuentes sobre el uso de dispositivos en el domicilio. No se puede obviar la demostración práctica inicial.

Todo ello debe ser asumido por el equipo de profesionales (enfermera y pediatra) que atiende al niño. Ya desde el año 1997 se reconoce que la educación sanitaria realizada por enfermería consigue mejorar de modo significativo el porcentaje de pacientes que lleva a cabo una técnica correcta con mejora del cumplimiento terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA:

Peterson-Sweeney K, McMullen A, Yoos HL, Kitzmann H, Halterman JS, Arcoleo KS, Anson E. Impact of asthma education received from health care providers on parental illness representation in childhood asthma. *Res Nurs Health*. 2007 Apr;30 (2):203-12.

Griffiths C, et al. La intervención de una enfermera especializada puede disminuir las visitas no programadas de pacientes asmáticos en un área multiétnica y desfavorecida. *Enfermería Clínica*.2005;15(1):50-2.

Oca J, et al. Evaluación de la utilización de la administración de fármacos mediante la técnica de inhalación. *Enfermería Clínica* 2004;14(4):187-93.

Oliva Hernández C, Callejón Callejón A, Callejón Callejón GA. Terapia inhalada en el asma bronquial. *BSCP Can Ped* 2003; 27-nº3.

Golpe R, Mateos A, Oto I. Técnica inadecuada en el empleo de inhaladores en pacientes atendidos en una consulta de neumología. *Anal Med Int* 2001;18:69-73.

Esteve MT. ¿Hacen servir correctamente los inhaladores los pacientes con EPOC?: *Enfermería Clínica* 1997;4:201-4.

Ascunce P, Gallego C, López del Carre P, Ferrándiz JR. Empleo de los inhaladores. Importancia de la educación en el paciente. *Farm Clin*1987;4:630-4

POSTER 43**AUTORES/AUTHORS:**

M^a Noelia García Hernández, M^a Elena Fraga Hernández, Esther Patricia Díaz González, M^a Ángeles Díaz González, Concepción Hernández Rodríguez, Luis García Ramos Estarriol

TÍTULO/TITLE:

OPINIONES Y CREENCIAS MÁS FRECUENTES ENTRE LOS CUIDADORES DE NIÑOS CON TERAPIA INHALATORIA

Introducción: En relación al uso de la terapia inhalatoria, la bibliografía revisada indica que en la población que recibe este tipo de tratamientos subyacen falsas creencias y miedos en el uso de los dispositivos de inhalación y los fármacos broncodilatadores en general, lo que se traduce a menudo en administración insuficiente de los tratamientos y en definitiva en un mal control de la sintomatología. Nuestro estudio pretende identificar las tópicos y creencias más prevalentes entre los padres y / o cuidadores de los niños que acuden al servicio de urgencias con patología respiratoria y que precisan administración de fármacos inhalados.

Objetivos: identificar creencias erróneas y tópicos más prevalentes en los padres y/o cuidadores de la población pediátrica que consulta en nuestro servicio por dificultad respiratoria.

Métodos: Estudio descriptivo transversal de Mayo a Noviembre de 2008. Cuando el niño que consultaba en el servicio de urgencias cumplía los tres criterios siguientes: consultar por dificultad respiratoria, precisar aerosol terapia en el SUP y haber tenido otras crisis previas; se le solicitaba al cuidador acompañante del niño la cumplimentación de una encuesta de 17 ítems validada en población latina(3), en la que se abordaban los conocimientos sobre esta patología y su manejo.

Resultados: Se realizaron un total de 173 encuestas. En el 82.08% de los casos es la madre la que acompaña al niño. Las edades estaban comprendidas entre los siguientes rangos: 4 meses y 14 años (28% < de 2 años; 54% de 2-6 años; 17.8% > de 6 años). En el 55% la clínica se inició antes del año. Es alto el porcentaje de padres que opinan que la medicación inhalada puede producir dependencia o adicción (43.9%). El 18.1% creen que puede dañar al corazón y un 44.4% refieren no saber. El 58.5% piensa que es perjudicial aplicar aerosoles a los niños durante mucho tiempo. Es relevante el porcentaje (32%) que opina que ante cualquier signo de dificultad respiratoria debe acudir al SUP antes de administrar medicación. Un 86% está de acuerdo en que se debe usar cámara con aerosol-MDI (el 12.9% usa MDI directo en boca). La gran mayoría (98.8%) afirma que es perjudicial fumar cerca de un niño asmático y el 82.7% cree que puede peligrar la vida del niño si la crisis es grave. El 50.3% está de acuerdo en que en los episodios frecuentes se requiere tratamiento de base, pero sólo un 24.7% cree que con la medicación de base se puede evitar la crisis.

Discusión y Conclusiones: Los datos evidencian que la madre continua siendo la principal acompañante del niño, al menos en el contexto de la consulta urgente. Ya estudios previos publicados en población norteamericana hacen referencia a que las preocupaciones más importantes giran en torno a la creencia de que los inhaladores producen dependencia y que la eficacia del fármaco disminuye con el uso a largo plazo(2).

La muestra analizada confirma que también en nuestro medio existen falsas creencias sobre el uso de inhaladores: relacionados con la dependencia y efectos perjudiciales sobre el corazón, así lo cree casi el 50% de la muestra. Hemos de tener en cuenta esta situación a la hora de iniciar estas terapias o en aquellos pacientes con mal control del proceso.

Por otro lado, la información que manejan los cuidadores es en algunos aspectos deficiente. Este hecho es confirmado por estudios que indican que la educación sanitaria sobre asma impartida por el personal sanitario influye positivamente en los sistemas de creencias de los padres, especialmente a su actitud hacia los fármacos(1,4). En nuestro estudio, es significativo el porcentaje (12.72%) de cuidadores que piensan que no es necesaria el uso de cámara con dispositivo MDI y un 30% no inicia la medicación de urgencia en domicilio.

Para poder influir en los valores y creencias es necesario un cambio en las aptitudes. La entrevista del equipo profesional debería de indagar los miedos, resistencias, inseguridades más frecuentes para poder contrarrestarlas y ello debe de incluirse de forma sistemática en la valoración de este tipo de procesos. La intervención educativa debe incluir pautas tanto verbales como escritas y

comprobación de técnicas de administración. Consecuencia de este estudio ha sido el diseño instrumento de apoyo que recoge información escrita sobre las áreas principales identificadas y la integración en la valoración de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Peterson-Sweeney K, McMullen A, Yoos HL, Kitzmann H, Halterman JS, Arcoleo KS, Anson E. Impact of asthma education received from health care providers on parental illness representation in childhood asthma. *Res Nurs Health*. 2007 Apr;30(2):203-12.
2. Bender BG, Bender SE. Patient-identified barriers to asthma treatment adherence: responses to interviews, focus groups, and questionnaires. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2005 Feb;25(1):107-30. Review.
3. Rodríguez Martínez C, Sossa MP. Validation of an asthma knowledge questionnaire for use with parents or guardians of children with asthma. *Arch Bronconeumol*. 2005;41(8):419-24
4. Butz AM, Eggleston P, Huss K, Kolodner K, Vargas P, Rand C. Children with asthma and nebulizer use: parental asthma self-care practices and beliefs. Butz AM, Eggleston P, Huss K, Kolodner K, Vargas P, Rand C. *J Asthma*. 2001 Oct;38(7):565-73.

POSTER 44**AUTORES/AUTHORS:**

Ana María García Lozano, Ana Isabel Esclapez Rodríguez, M^a del Carmen Pascual Cuadrado

TÍTULO/TITLE:

PREVALENCIA DE HEPATITIS AGUDA ALCOHOLICA EN EL HOSPITAL DE TORREVIEJA Y ANÁLISIS DE LA CARGA DE TRABAJO

OBJETIVOS

- Estimar la prevalencia de casos de Hepatitis aguda alcohólica (HAA) en el Hospital de Torrevieja durante el año 2008 e identificarla por sexo.
- Demostrar la carga asistencial para el personal de enfermería que suponen los pacientes con dicha patología, cuantificando las actividades/ cuidados que han precisado.
- Estimar la media de estancia de HAA y compararla con la media de estancia de hepatopatías alcohólicas y resto de hepatopatías en general.
- Estimar la tasa de mortalidad de la HAA.

MATERIAL Y METODO: Estudio descriptivo, observacional de corte transversal y retrospectivo. Realizado en una unidad de hospitalización de Medicina Interna entre los meses de Marzo y Mayo del 2009. Los sujetos a estudio fueron pacientes que hubieran sido ingresados en el 2008 por cualquier tipo de hepatopatía, obteniendo una muestra inicial de 505 sujetos. Posteriormente fueron clasificados en tres grupos de diagnóstico. Hepatopatías en general, hepatopatías alcohólicas y Hepatitis Aguda Alcohólica (HAA). Una vez seleccionada la muestra con la que se iba a trabajar se realizó una exhaustiva revisión de su historial clínico y de los re-ingresos durante ese periodo para establecer una correlación significativa entre la patología y la demanda de cuidados de enfermería. Los datos fueron recogidos en una tabla Excel y analizados con el programa estadístico SPSS.17. Se utilizó estadística descriptiva (media, porcentajes, desviación típica) calculando los intervalos de confianza para un 95% de seguridad y con un nivel de significación igual a $p < 0.05$.

RESULTADOS: De los 505 pacientes, 386 presentaban algún tipo de hepatopatía no alcohólica, 99 presentaban patología hepática relacionada directamente con el alcohol y 20 de ellos HAA. La prevalencia de la HAA se estimó en el 0,12% (IC 95% 1,38% - 1,63%). El 75,8% de los pacientes que padecían hepatopatías alcohólicas eran hombres y el 24,2% mujeres, mientras que en la HAA la presentaban al 50%, siendo la $p=0.020$ valor estadísticamente significativo, ya que existe una mayor afectación de HAA en mujeres que en hepatopatías alcohólicas. Destacar que los pacientes que presentaban un mayor porcentaje de HAA eran extranjeros con un 80% frente a los españoles con un 20% con una prueba de chi-cuadrado de pearson de $p= 0.029$. La edad media de hepatopatías no alcohólicas fue de 61,03 años +- 15,8 frente a la edad media de los pacientes que presentaron HAA con una media de edad de 51,25.y una $p=0,007$. La media de estancia general del hospital fue estimada en el 4,1 %, mientras que para la HAA ha sido notablemente mayor, situándose en 15,50 días +- 12,6 (IC 9,60 ? 21,40). Por otra parte el seguimiento de la evolución de la enfermedad revela la gran demanda de cuidados que precisa esta patología y la alta tasa de mortalidad, ya que se sitúa en el 40% de los casos. Entre los síntomas que presentaron estos pacientes y que conllevan cuidados específicos nos encontramos con que un 55% presentaron encefalopatía hepática e ictericia, un 35% diarrea, un 25% disnea, síndrome de abstinencia, desorientación, edemas y vómitos y un 15% epistaxis con hemorragias digestivas altas y melenas. En cuanto a los procedimientos y cuidados de enfermería un 55% presentó anemia, un 45% de los pacientes preciso de medidas de contención mecánica, un 40% necesitaron paracentesis evacuadora, un 35% requirió de enemas y finalmente un 25% necesitaron SNG, SV y URO y HC. Además algunos de estos pacientes precisaron de medidas paliativas y de cuidados de Ulceras por presión.

DISCUSION: La HAA representó el 4% de los ingresos por afección hepática con una estancia media superior a la de otras patologías demostrando una gran carga de trabajo para el personal de enfermería que requiere mucho tiempo de atención. Sería interesante en un futuro abordar el tema incluyendo los costes y el tiempo empleado en cada intervención para poder comparar el coste medio de estancia por patología hepática. Las características de la población donde se concentra un gran número de residentes extranjeros no facilitan que se diagnostique y se trate esta enfermedad antes de que se agrave el estado de salud, en cuanto al sexo mayoritariamente hombre y con una media de 51,25 años es todo un reto para los sanitarios que deben reeducar en hábitos saludables. Las mujeres presentan con mayor frecuencia la forma aguda de afectación hepática que la crónica.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Crespo García, J.; García-Allés, L.; Pons-Romero, F.; Hepatopatía Alcohólica (2007). En: Revista de Gastroenterología y Hepatología. Barcelona. Enero-Febrero. Nº3. Pags. 12-19.

Kazantzis, G.; Hígado. En: Enciclopedia de Salud y seguridad en el trabajo. 3ª Edición.

Teres Quiles, J.; Mas Ordeig, A.; Insuficiencia hepática aguda grave y encefalopatía hepática (2000). En: Farreras Rozman. Medicina Interna. Barcelona: Hartcourt. Pags. 376-384.

Rev. Soc. Esp. Enf. Nefrol. 2002; 19: 12/16

Revista: nº3, volumen 5, III trimestre 2002. Autor: A. Lara, P. García, T. Blanco, M. Vera.

Rodríguez-Téllez. M.; Morales-Barroso, M. L.; Aproximación B. Realizar al menos una endoscopia antes de instaurar el tratamiento (2008). En: Revista Gastroenterología y Hepatología. Barcelona. Junio. VOLUMEN 31, extraordinario 2. Pags. 27-30

POSTER 46**AUTORES/AUTHORS:**

María Susana González Velázquez, Silvia Crespo Knopfler, María Teresa Cuamatzi Peña

TÍTULO/TITLE:

SEGUIMIENTO DE EGRESADOS DE LA CARRERA DE ENFERMERIA FES ZARAGOZA UNAM

OBJETIVO: Describir el primer seguimiento de egresados de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

METODOLOGÍA: Estudio de tipo descriptivo, exploratorio y longitudinal. La población fue de 487 egresados con una muestra de 134 que representó el 28 % del total de cinco generaciones. El instrumento utilizado fue un cuestionario que se elaboro ex profeso tomando como base el propuesto por la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, se hizo la validación a través de expertos y se piloteo haciendo las modificaciones pertinentes, tuvo los siguientes apartados: Datos generales, aspectos laborales (trabajo actual, antigüedad laboral, ingreso mensual, institución o empresa contratante, nivel de atención, tipo de contratación, categoría o puesto, turno en que labora, y los conocimientos generales y especializados que se les exigen en las instituciones en donde laboran). Los criterios de inclusión fueron que tuvieran más de dos años de haber egresado, que estuvieran laborando y que aceptarán participar.

RESULTADOS: Por sexo el 90% son mujeres y el 10% masculino, con un promedio de edad de 27 años. El principal requisito para la contratación de los egresados por parte de las instituciones fue aprobar los exámenes de selección con el 30.6%, seguido de tener el título de Licenciado en Enfermería con el 29.1%. La institución contratante de los egresados en su mayoría fueron instituciones Privadas con el 27.6%. El 58 % de los egresados se ubican en las Especialidades Médicas; La categoría en que fueron contratados los egresados fueron las siguientes: auxiliar de enfermería y enfermera general el 35.8 %, pasante de enfermería el 15%, licenciada en enfermería el 7.4% y como docente el 6%. Las principales actividades que desempeñan los egresados son las asistenciales en un 56.7%, y solo el 1.5 % realiza actividades de investigación.

DISCUSIÓN: En los resultados obtenidos se observa que una tercera parte de nuestros egresados trabajan en instituciones privadas (27.6%) coincidiendo con los estudios de Cheverría (2006) y Müggenburg (2003) así como la institución de seguridad social que más contrata a los egresados de la FES Zaragoza es la Secretaría de Salud (20.1%). Con relación al tipo de actividades que realizan en mayor proporción se observa que son las asistenciales entendiendo esta como las de cuidado de vida y las de menor proporción son las de administración e investigación al igual que el estudio referido por Müggenburg y colaboradores (2000)

APORTACIONES PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA:A partir de los datos reflejados en este primer acercamiento a los egresados, se hace evidente la necesidad de continuar realizando estudios con las siguientes generaciones en la Facultad, dado que los resultados de estos estudios son una herramienta importante para analizar los caminos que siguen los nuevos profesionales, si se incorporan a las empresas productivas y de servicios, si dentro de ellas se estancan en los puestos bajos o intermedios, o bien, si gracias a su formación pueden acceder progresiva y rápidamente a posiciones más complejas. Por otra parte los estudios de egresados pueden aportar elementos para redefinir el proyecto de desarrollo de aquellas instituciones que se mantienen alerta ante las nuevas necesidades sociales, permitiéndoles reconocer y asumir las nuevas formas de práctica profesional en las diferentes instituciones lo que permitirá retroalimentar al curriculum

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Cheverría ? Rivera S, Rodríguez Padilla ME, Valles López LE. Trayectoria Laboral de los Egresados de Licenciatura en Enfermería y Valoración del Plan de Estudios. Desarrollo Cientif Enferm. 2006 Marzo14; (2):37-42.

Müggenburg-Rodríguez Vigil MC, Hernández Álvarez C, Isidro Bruno A, Hernández Ruiz G. Situación y Oportunidades de los Egresados de la ENEO-UNAM, 2000 ? 2001. Desarrollo Cientif Enferm. 2003 Marzo11; (2):40-44.

Müggenburg-Rodríguez Vigil MC, Castañeda Sánchez E, Franco Paredes E. Seguimiento de los egresados de la ENEO en 1995, a los tres años de su egreso (1998).Revista Enfermeras.2000 mayo-agosto XXXVI (2): 4:17.

POSTER 51**AUTORES/AUTHORS:**

Pilar Isla Pera, María Palacin Lois, Lidia Francés Ribera, María Honrubia Pérez, Cristina Anguita Fullá, Ana Gómez Rodríguez, Eulalia Armengol Camps, Milagros Losada Pérez, Josefina Torrubiano Molina

TÍTULO/TITLE:

Valoración de la utilidad del dibujo como forma de expresión de la percepción de enfermedad y de las repercusiones psico

INTRODUCCIÓN: La Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) es la enfermedad endocrinológica más frecuente en la infancia. El diagnóstico de DM1 en un hijo condiciona las relaciones familiares y sociales, la rutina diaria y presenta un futuro incierto por la amenaza de complicaciones. El niño con DM1 realiza un tratamiento complejo, capta las repercusiones emocionales de la familia y puede sentirse diferente lo que supone un riesgo para su desarrollo psicosocial. Para atender y educar a estos pacientes es necesario valorar el entorno del niño y las atribuciones sobre la enfermedad lo que implica conocer las percepciones e inquietudes de la familia y las del niño y explorarlas mediante técnicas adecuadas a su edad. El dibujo es una representación gráfica de un objeto real o de una idea abstracta y a través de él, los niños pueden decir muchas cosas de sí mismos. EL dibujo se ha utilizado para conocer la experiencia de niños sometidos a situaciones de violencia o con algunas patologías, especialmente SIDA, cáncer, y trastornos neurológicos y mentales pero hay pocos estudios sobre el dibujo en niños con DM1. El objetivo de este trabajo es valorar la efectividad del dibujo para conocer el imaginario sobre la DM1 que tienen los niños afectados y la experiencia de vivir y convivir con la DM1 desde la infancia.

MÉTODO: Estudio proyectivo del dibujo infantil y estudio observacional transversal en niños entre 4 y 13 años con DM1. El ámbito fueron 3 hospitales de Barcelona. Durante 6 meses y de forma consecutiva, se captó a los niños que acudían a la consulta y se les pidió que realizasen un dibujo sobre el tema "Yo y la Diabetes?". Después lo explicaron y se transcribió literalmente. También se recogieron variables socio-demográficas y clínicas. Se realizó un análisis descriptivo de las variables clínicas y socio-demográficas mediante el programa SPSS v. 15.0. Para analizar la asociación entre variables se utilizó las pruebas anova, ji cuadrado y prueba exacta de Fisher y para la comparación de medias la pruebas t de student y U de Mann Whitney. Se trabajó con un nivel de confianza del 95%. Posteriormente se realizó un análisis textual de la explicación proporcionada por los niños mediante el programa CONTEX y un análisis formal de los dibujos siguiendo el modelo de Furth.

RESULTADOS: Se estudiaron 100 casos (47,7% niños y 52,3% niñas). Tenían una edad media de 9,1 + 2,6 años y una evolución media de la DM1 de 4,27+ 2,69 años; La media de hipoglucemias semanales fue de 2,33 + 2,14, rango 0 - 12. En el último año habían presentado episodios de cetosis diabética el 15,4%. La media de HbA1c fue de 8,19 + 1,07 mg. Los adolescentes de 11-13 años presentaron peor control metabólico (p = 0,003). Tenían antecedentes familiares de DM el 50%. El 19,5% había asistido a colonias para niños con DM1, el 19,5% a actividades educativas en Asociaciones de enfermos diabéticos y el 16,5% en el hospital. Se observó una diferencia significativa per sexo (p= 0,017). El total del léxico utilizado para describir los dibujos fue de 1634 palabras y el 32% fueron palabras diferentes. Las palabras más utilizadas fueron formas verbales de los verbos ser y estar (92), palabras relacionadas con el control de la DM1 (90), objetos (40), insulina (25), niño o niña (16), diabetes (12) y comidas (9). En el análisis de correspondencias se observó una diferencia por sexo y por edad en el tipo de dibujo y de explicación. Las mayores diferencias se encuentran entre los 4-6 años y los 7-8 años y las mayores similitudes entre los de 9-11 años y los de 12-13 años. Del análisis de los dibujos se deduce que la mayoría presentan un buen equilibrio personal, objetividad, sensibilidad, originalidad y empatía pero en un 23% aparecen indicios de procesos neuróticos que deberían estudiarse. En porcentaje más pequeño se han encontrado datos que podrían indicar dificultades sociales que, en algún caso podrían ser de carácter patológico. La simetría de los dibujos ha fallado en el 75,9% de los casos lo que podría indicar que un elevado porcentaje de niños tiene cierta inseguridad emocional.

DISCUSIÓN: Más del 50% de los niños iniciaron la enfermedad antes de los 6 años lo que dificulta el control metabólico que sólo es aceptable en el 50%. Los niños padecen un elevado número de complicaciones agudas. Los resultados del estudio proyectivo del dibujo y de su explicación indican que el dibujo es una técnica creativa bien aceptada por los niños que facilita conocer su imaginario sobre la diabetes, sus emociones y el cómo se sitúan frente a la enfermedad. Otros trabajos similares también mostraron alteraciones emocionales y baja autoestima en un porcentaje elevado de niños enfermos y al mismo tiempo capacidad de reacción y de adaptación. Esto tiene implicaciones para la práctica ya que constituye una forma de comunicación no verbal efectiva que puede fomentar la comunicación profesional - enfermo - familia y detectar problemas que pueden pasar inadvertidos debido a las características y edad de los pacientes. No obstante será necesario ampliar el estudio para confirmar los datos y comprobar si los problemas de adaptación detectados mediante el dibujo, se relacionan o no con el control metabólico, el rendimiento escolar y las

relaciones familiares.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Lerman I. Adherence to treatment: the key for avoiding long-term complications of diabetes. Arch Med Res. 2005 May-Jun;36(3):300-6. Review.
- Haynes R, Yao X, Degani A, Kripalani S, Garg A, McDonald H, Haynes RB. Interventions to enhance medication adherence. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Oct 19;(4):CD000011.
- Wiener L, Mellins CA, Marhefka S, Battles HB. Disclosure of an HIV diagnosis to children: history, current research, and future directions. J Dev Behav Pediatr. 2007 Apr;28(2):155-66.
- Massimo LM, Zarri DA. In tribute to Luigi Castagnetta-drawings. A narrative approach for children with cancer. Ann N Y Acad Sci. 2006 Nov;1089:16-18
- Gabriels RL, Wamboldt MZ, McCormick DR, Adams TL, McTaggart SR. Children's illness drawings and asthma symptom awareness. J Asthma. 2000;37(7):565-74.
- Nuvoli G, Maioli M, Ferrari C, Pala G, Chiaretti G. Diabetes and illness image: an analysis of diabetic early-adolescents' self-perception through the Draw-a-person test. Psychol Rep. 1989 Aug;65(1):83-93.
- Hauser ST, Jacobson AM, Noam G, Powers S. Ego development and self-image complexity in early adolescence. Longitudinal studies of psychiatric and diabetic patients. Arch Gen Psychiatry. 1983 Mar;40(3):325-32.
- Rogers SJ. Observation of emotional functioning in young handicapped children. Child Care Health Dev. 1991 Sep-Oct;17(5):303-12.
- Furth G.M. El secreto mundo de los dibujos. Barcelona: Luciernaga; 1992

POSTER 52**AUTORES/AUTHORS:**

Jesus Leal Llopis, Antonio Paredes Sidrach de Cardona, M^a Carmen Perez Garcia, Mercedes Calvo Bohajar, M^a Jose Crespo Carrión, Caridad Cortes Parra, Juan Antonio Martinez Garcia

TÍTULO/TITLE:

EVOLUCION DE LA CALIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN UN HOSPITAL DE AREA

INTRODUCCIÓN: La calidad asistencial es uno de los elementos estratégicos que fundamenta la transformación y mejora de los sistemas sanitarios modernos, despertando un interés creciente por parte de los profesionales, de las organizaciones e instituciones sanitarias y, en general, por una sociedad cada vez más exigente con los servicios de salud. Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y de los servicios sanitarios, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.

El Contrato de Gestión de nuestro hospital prevé el cumplimiento de una serie de objetivos encaminados a la mejora de la calidad en el cuidado del paciente, en aspectos que son específicos de la actividad enfermera. Estas actividades están generalmente protocolizadas, y su realización y registro forma parte del trabajo asistencial de los profesionales de enfermería de las unidades de hospitalización.

Debido a la importancia de que la realización de las actividades cumplan unos estándares óptimos es necesario realizar evaluaciones periódicas que permitan conocer el nivel de calidad de los distintos aspectos de la práctica asistencial e introducir las acciones de mejora necesarias.

El Grupo Regional de Evaluación y Mejora de la Calidad de los Cuidados de Enfermería (GREMCCE) del Servicio Murciano de Salud ha definido los indicadores de calidad de los cuidados de enfermería que deben de evaluarse en todos los hospitales públicos de nuestra comunidad autónoma. Así mismo se ha creado una guía metodológica de apoyo para disminuir la variabilidad en el proceso de medición de indicadores.

OBJETIVO: El objetivo del presente trabajo es conocer la evolución de la calidad de los cuidados de enfermería del hospital Morales Meseguer

METODO: Se ha realizado un estudio descriptivo, longitudinal comparativo. Los sujetos de estudio han sido los pacientes ingresados en unidades de hospitalización y cuidados intensivos. Se han realizado 3 evaluaciones anuales (febrero, mayo y octubre) durante 2006, 2007 y 2008. Se ha utilizado un muestreo sistemático para algunas variables y toda la población en otros. Los indicadores de calidad utilizados son: Pacientes con valoración de riesgo de úlceras por presión (UPP) al ingreso, pacientes que desarrollan UPP durante su ingreso, cuidados de enfermería (CE) de prevención de UPP, prevalencia de UPP, CE en pacientes con sonda vesical, pacientes con valoración de riesgo de caídas, cuidados adecuados para la prevención de caídas, CE en pacientes con riesgo de caídas, notificación voluntaria de caídas, CE en pacientes con catéter venoso central (CVC) y CE en pacientes con catéter venoso periférico (CVP). El proceso de recogida de datos lo realizaron los mandos intermedios. Para disminuir la variabilidad se realizaron sesiones formativas, se editó una guía de apoyo y se diseñaron registros unificados. El procesamiento de los datos se realizó de forma centralizada y se utilizó para el análisis de los mismos el programa SPSS 15.0.

RESULTADOS: La valoración de riesgo de UPP se evaluó en 192 pacientes cada año obteniéndose 79%, 92% y 95% durante el periodo de estudio. La incidencia de UPP se evaluó en 192 pacientes cada año siendo de 0,5%, 6,2% y 7,4%. Los CE en pacientes con riesgo de UPP se evaluaron en 106, 432 y 482 pacientes, obteniéndose unos de cumplimentación del protocolo de prevención del 78%, 87% y 80%. La prevalencia de UPP (en hospitalización y UCI) fue de 7,42%, 9,5% y 8,9%. Los CE en paciente con de sonda vesical se evaluaron en todos los paciente y los datos de cumplimentación fueron de 37%, 62% y 53%. Se evaluaron 192 pacientes por año en la valoración del riesgo de caídas (16%, 66% y 84%) y cuidados adecuados en prevención de caídas (98%, 96% y 98%). Los CE en pacientes con riesgo de caídas se evaluaron 176, 358 y 411, siendo la cumplimentación del 97%, 92% y 97% respectivamente. La notificación voluntaria de caídas fue de 22, 51 y 62 pacientes. Los CE en pacientes portadores de CVC se evaluaron en todos los pacientes obteniéndose una cumplimentación del 64%, 95% y 95% durante el periodo de estudio. Los CE en pacientes portadores de CVP se evaluaron en todos los pacientes obteniéndose una cumplimentación del 57%, 73% y 76% durante el periodo de estudio.

DISCUSIÓN: Se observa en el área de cuidados de prevención de UPP una ligera mejora de la valoración de riesgo y cuidados de

prevención, que no se asocia con la disminución de la incidencia ni la prevalencia de UPP. Los cuidados a pacientes con sonda vesical tienen un importante área de mejora, en lo relativo a la fijación de la sonda. Los cuidados relacionados con la prevención de caídas presentan una mejora en la valoración de riesgo y en la notificación voluntaria de caídas, estando el proceso en unos niveles de calidad aceptables en los cuidados de prevención. Los CE a portadores de catéteres venosos están en unos niveles aceptables de calidad en los portadores de CVC y con margen de mejora en los CVP.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Ponce Domínguez, Juana; Vázquez Hachero, Gabriel; Ponce Domínguez, María del Carmen. Gestión de la calidad de los cuidados enfermeros en la atención especializada andaluza. Tesela [Rev Tesela] 2008; 3. Disponible en <<http://www.index-f.com/tesela/ts3/ts6516.php>> Consultado el 28 de junio de 2009

Saturno PJ: Evaluación y mejora de la calidad en Servicios de Salud. Conceptos y métodos, Consejería de Sanidad y Consumo, Región de Murcia 2000

Caamaño C, et al. Un plan de acción para evaluar los objetivos de calidad de enfermería en un hospital. Rev Calidad Asistencial 2003;18(8):670-7

POSTER 53**AUTORES/AUTHORS:**

M^a Estrella Lerena Plaza, M^a Estrella Lerena Plaza, M^a Isabel Bernardo Fernández, Laura Romero Jimenez, Cristina Salmerón Sanz, Nuria García García

TÍTULO/TITLE:

Percepción de la cultura de seguridad del paciente, en estudiantes de enfermería de la Universidad de Alcalá

OBJETIVOS

Conocer la Percepción de la Cultura de Seguridad del paciente, en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Alcalá. Analizar si hay diferencias en cuanto a la Percepción de la Cultura de Seguridad del paciente, en función del centro y curso al que pertenecen.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo.

Participantes

Estudiantes de segundo y tercer curso de enfermería de la UAH pertenecientes al año académico 2008-2009 que cumplan los requisitos de inclusión en el estudio. La población estimada objeto de estudio fue de 372 estudiantes, 129 correspondían al centro de Guadalajara (53 de tercer curso y 76 de segundo curso), y 242 corresponde al centro ubicado en Alcalá de Henares (119 de 2º curso y 123 de 3º)

Criterios de inclusión:

1. Todos los estudiantes de segundo curso de la Escuela de Enfermería que hayan realizado las prácticas clínicas de primer curso.
2. Todos los estudiantes de tercer curso que hayan realizado las prácticas clínicas de segundo curso.

Criterios de exclusión:

1. Estudiantes de segundo que en cursos académicos anteriores hayan realizado prácticas clínicas pertenecientes a asignaturas de segundo curso.
2. Estudiantes de tercero que en cursos académicos anteriores hayan realizado prácticas clínicas pertenecientes a asignaturas de tercer curso.

Muestra

La muestra la integraron aquellos alumnos que reuniendo los criterios de inclusión acudieron a clase el día en el que se pasó la encuesta, n= 224.

VARIABLES

De resultado. Percepción de la cultura de seguridad del paciente

De clasificación. Edad, sexo, curso académico y centro

Obtención de datos

En el mes de Octubre del 2008 se pasó una encuesta con 20 ítems a los estudiantes de segundo y tercer curso de enfermería de la UAH incluidos en el proyecto.

El cuestionario constaba de cinco categorías de respuesta, que se recodifican en tres categorías.

Negativo:

Muy en desacuerdo/Nunca

En desacuerdo/Muy pocas veces.

Neutral:

Ni de acuerdo ni en desacuerdo/ a veces.

Positivo:

De acuerdo/Bastantes veces.
Muy de acuerdo/siempre.

Análisis de datos

Los datos obtenidos fueron codificados numéricamente siendo analizados cuantitativamente mediante el paquete estadístico SPSS versión 17. Con él se ha realizado análisis exploratorio y descriptivo, para depurar la matriz de datos. Posteriormente se realizó análisis de estadístico (factorial y cluster) para comprobar la estructura factorial del cuestionario y análisis de fiabilidad como consistencia interna de las escalas.

Además se han realizado análisis inferencial con las variables de clasificación y análisis de segmentación.

RESULTADOS

El percentil 25 de la variable de resultado es de 71.25 sobre un máximo de 100, puntuando por encima de 80 un 25%.

Análisis descriptivo de los resultados más relevantes

Como estudiante considero que estoy recibiendo suficiente formación en seguridad del paciente

Negativo 3.3%
Neutro 28%
Positivo 68.7%

Los profesores en sus clases realizan recomendaciones para evitar errores

Negativo 1.2%
Neutro 17.1%
Positivo 81.7%

Los tutores en prácticas hacen comentarios favorables cuando la atención al paciente se realiza teniendo en cuenta criterios de seguridad

Negativo 9%
Neutro 37%
Positivo 53.2%

Opino que cuando un estudiante comete un error, debe analizarlo y comentarlo conjuntamente con la tutora y los compañeros

Negativo 1.6%
Neutro 7.7%
Positivo 90.3%

Opino que cuando un estudiante comete un error tiene que informar inmediatamente a la enfermera responsable

Negativo 0.4%
Neutro 0.8%
Positivo 98.3%

Como estudiante, no he tenido la experiencia de hacer algo que pudiera afectar negativamente a la seguridad de los pacientes

Negativo 28,8%

Neutro 17,5%

Positivo 52,8%

Respecto a la Percepción sobre seguridad del paciente, no se observan diferencias significativas en función del centro ni entre los cursos del mismo centro.

Al comparar las respuestas obtenidas de los alumnos de segundo y los alumnos de tercero (ambas escuelas) se observa diferencia significativa ($p=0.030$) pudiendo afirmar que los alumnos de segundo obtienen una puntuación más elevada en cuanto a su percepción sobre seguridad del paciente.

Discusión.

La percepción del estudiante sobre seguridad del paciente es positiva, lejos de alcanzar la percepción ideal, seguridad total

Es relevante el porcentaje de alumnos que han tenido experiencias de incidentes

Se debe mejorar la formación en seguridad del paciente y el refuerzo positivo ante prácticas seguras

Consideramos como fortalezas la importancia de informar del error, las recomendaciones de los profesores para evitarlos y el análisis del error

Limitaciones del estudio

No es posible realizar inferencias que permita generalizar los resultados.

Implicaciones para la investigación futura

Dar continuidad al estudio en próximos cursos

Ampliar en otras Universidades

Implicaciones para la práctica

Orientar las políticas formativas universitarias a promocionar la seguridad del paciente. Fomentar el compromiso individual de mejora continua para crear un sistema sanitario de mayor calidad y seguridad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La Investigación en Seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. Disponible en <http://www.who.int/patientsafety/research/en/>

Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.

Fischer M, Mazor K, Baril J, Alper E, DeMarco D, Pugnaire M. Learning from mistakes. Factors that influence how students and residents learn from medical errors. IGIM. 2006; 21: 419- 423.

Gil Pascual J A. Bases Metodológicas de la Investigación Educativa: Análisis de Datos. Madrid: UNED; 2004.

Gil Pascual J A. Métodos de investigación en educación. Análisis multivariante: Vol.3. Madrid: UNED; 2008.

Informe de los resultados de la encuesta Delfos sobre la introducción a la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente
8 de junio de 2007

Elaborado por el Grupo de redacción de la CISP. Organización Mundial de la Salud.

Mano M, Hogan P, Heberlein V, Nyakiti J, Cheryl L. Resultados de una encuesta sobre la seguridad de los pacientes. *Nursing*. 2007; Vol 25 (5): 10-19.

Terol E, Agra Y. La seguridad del paciente: una estrategia prioritaria para el Sistema Nacional de Salud español. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131(Supl 3):1-3.

Walton M, Elliott S. Improving safety and quality: how can education help? *MJA*. 2006; 184 (10): S60-S64.

POSTER 54**AUTORES/AUTHORS:**

Fracolli Lislaine, Zilioli Eugenia

TÍTULO/TITLE:

Las concepciones del agente comunitario de la salud sobre promoção de la salud

En Brasil desde 1994 se tiene un nuevo profesional de salud inserto en el trabajo de los equipos de Salud de la Familia, ese profesional es el Agente comunitario de Salud . Para el DEGES, departamento responsable por la gestión del trabajo en la área de la salud, al agente comunitario de salud cabe desarrollar las siguientes competencias 1: desarrollo de acciones que integran los equipos de salud y las poblaciones ; 2: participación del Agente del Salud juntamente con el equipo, de la planificación y evaluación de las acciones de salud; 3: desarrollo de acciones de promoción de la salud por medio de actividades educativas, de la participación social y del trabajo nos diferentes sectores de la sociedad; 4: desarrollo de acciones de prevención y monitoreamiento de situaciones de riesgo para la población; 5: dirige estas acciones de prevención y monitoreamiento a los grupos específicos y a las enfermedades que ocurren con mas frecuencia ? . El objetivo de esta pesquisa fue analizar como la competencia promoción de la salud está siendo comprendida y desarrollada por el Agente Comunitario de salud.

METODOLOGÍA

Para tanto fue realizado un estudio de caso del tipo descriptivo, con abordaje quanta-cualitativa de las acciones de promoción de la salud del Agente Comunitario de Salud. La recogida de datos de esta pesquisa se basó primero en la aplicación de un cuestionario para caracterización del perfil y de las acciones de promoción de la salud realizadas. Despues la colecta de estos datos los mismos fueron organizados con a auxilio del programa excell bajo la forma de tabilllas y gráficos. A continuación se organizó un grupo focal con los Agentes de Salud con el objetivo de discutir con ese grupo las acciones de promoción identificadas en el cuestionario. Las discusiones de ese grupo focal fueron grabadas, escritidas y presentadas en los resultados de esta pesquisa.. Los discursos obtenidos en el grupo focal fueron analizados a través de la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo (DSC) que es una metodología que prepara la materia prima de las declaraciones para revelar lo que piensan las colectividades y sobre este material listo, procurar dar explicación de lo porque piensan así las colectividades pesquisadas.

RESULTADOS

Los resultados mostraron que el Agente de Salud posee dificultad en analizar su propio trabajo del punto de vista de las acciones que realiza. Eso puede ser observado en la respuesta que la mayoría de los sujetos de la pesquisa da con relación a la orientación a mujeres e niños. Ese servicio en la práctica ocurre semanalmente y aun diariamente, pero al rellenar el formulario, relata como práctica mensual. Esta dificultad de auto-análisis sobre su trabajo revela pequeña proximidad y reflexión entre los aspectos cotidianos de sus acciones. Con relación a actividad cotidiana de los agentes de salute los discursos revelan que éste son inseguros cuanto las informaciones que pasan para la comunidad, pues a pesar de usen folletos informativos muchas veces no les dominan bien. Los Agentes de salud comprenden la salud y la enfermedad en una perspectiva biológica, no incorporando el reconocimiento de los determinantes sociales, económicos, culturales entre otros en ese proceso. Otra revelación encontrada en los discursos es que el Agente de salud idealiza una calidad de comportamiento saludable y divide la comunidad en dos grupos, aquéllos que se portan adecuadamente y los que no se portan. Esa concepción idealizada sobre comportamiento saludable puede impedirlo de fortalecer las competencias familiares y de la comunidad. Con relación a lo desarrollo de actividades inter-sectoriales el discurso revela que, el Agente de salud excluye su responsabilidad en la articulación Inter.-sectores y con las instituciones comunitarias. El Agente de salud considera como aparcería el involucrimiento de escuelas y creches, el uso de una sala de clase (de la escuela) para grupos informativos de salud (con la comunidad). Al analizar las cueles de promoción de la salud el agente de salud creo que hacer promoción es prevenir enfermedad , no ve el empowerment de la comunidad , o la construcción de la autonomía de los individuos pata tienen mayor control sobre sus vidas como acciones de promoción de la salud.

DISUCUSSION

Los resultados del trabajo nos muestran que las percepciones de los Agentes de Salud sobre promoción de la salud se aproxima más de los referencias tradicionales sobre salute-enfermedad descritos por Leavel y Clark de lo que propiamente de las concepciones de promoción de la salud puestos por la carta de Otawa (1986) y defendidos en las conferencias de promoción de la salud que viene se ocurriendo a cada dos anos desde entonces. Concepciones éstas que resaltan la importancia de la comunidad en la identificación de los condicionantes y determinantes de los problemas de salud de su comunidad y de la importancia de la organización de la comunidad para hacer frente de manera pro-activa a estos problemas .

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Brasília. Out. 2003
2. Ministério da Saúde (BR). Promoção da saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Tradução de Luis Eduardo Fonseca. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.
3. Trapé CA, Soares CB. A Prática Educativa dos Agentes Comunitários de Saúde à luz da Categoria Práxis. Ver. Latino-Am de Enf. v.15 n.1 Ribeirão Preto jan/fev 2007.
4. Fonseca. RMGS, et.al. Sociedade e Processo Saúde-Doença do Curso Sistematização da Assistência de Enfermagem com base no Materialismo histórico e dialético. 42º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Natal (RN), 11 a 16 de outubro de 1990. In: Egry. EY, Fonseca RMGS. Testos de Apoio. EEUSP. SP. 2004.
5. Egry EY, Cubas MR. O trabalho da enfermagem em saúde coletiva no cenário do CIPESC. Aben. Curitiba. 2006.
6. Santos LPGSS, A atuação do Agente Comunitário de Saúde de São Bernardo do Campo: possibilidades e limites para a promoção da saúde [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2005.
7. SIAB. Sistema de informação da atenção básica: Banco de dados da UBS Humaitá. São Paulo. 2008.
8. Lefevre F, Lefevre AMC. Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. V. 12. Brasília ? DF, 2005.
9. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O Discurso do Sujeito Coletivo ? Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 1º ed. Caxias do Sul: EDUCS; 2003.
10. Dall A, Trench MH. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. Ver. Gaúcha. Enfermagem. Porto Alegre. V.20. nº 1. p 5 ? 25. jan. 1999.

POSTER 55**AUTORES/AUTHORS:**

María López Parra, Anna Liesa Torre-Marín, María José Jiménez Gutiérrez

TÍTULO/TITLE:

Revisión sistemática de las publicaciones de Enfermería sobre las Voluntades Anticipadas en España:

Las voluntades anticipadas son las instrucciones acerca de los cuidados y actuaciones sanitarias que cada persona desearía recibir en el caso de perder su autonomía y no poder expresarlas. Se pueden dejar por escrito en los documentos de voluntades anticipadas (DVA).

Los DVA deben tener como objetivo facilitar los procesos de decisión en situaciones críticas en las que el equipo asistencial y la familia no saben qué decisión tomar. Según el Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona, la enfermera deberá tomar parte activa en la promoción del DVA, dará apoyo en la toma de decisiones sobre futuros tratamientos, cuidados y especialmente, sobre los tratamientos relacionados con el mantenimiento artificial de la vida; ayudará a redactar DVA, y hará todo lo posible para respetarlas. Dadas las competencias y la responsabilidad de enfermería surgió la necesidad de este estudio.

Objetivo: Analizar las publicaciones realizadas por enfermería en referencia al DVA

Tipo de estudio: Metaanálisis, síntesis cualitativa y cuantitativa de los resultados de los diferentes estudios independientes publicados.

Variable principal: estado actual de las publicaciones de enfermería referente a DVA.

Variables secundarias: lugar y tipo de publicación, año, datos demográficos de los autores, ámbito de estudio, datos sobre el tema.

Criterios de inclusión: artículos de revistas de enfermería y/o bioética escritos en castellano por profesionales de enfermería y que se hayan publicado en revistas indexadas en España durante los años 2002-2008. Se establecieron unas estrategias de búsqueda.

Análisis: estadística descriptiva de las variables cuantitativas. Se ha realizado una evaluación crítica de los artículos encontrados.

Resultados: Se encontraron 75 artículos, 59 no cumplían criterios, 8 estaban repetidos. Finalmente 16 fueron los incluidos. Se observa un promedio 2,3 artículos por año:

-Martínez JC, Martínez RM, Oter C, Rubiales D. Testamento vital. Rev ROL Enf 2007; 30(3): 192-199.

-Barrio IM, Simón P. Criterios éticos para las decisiones sanitarias al final de la vida de personas incapaces. Rev Esp Salud Pública 2006; 80(4):303-315.

-Abel F et al. Terri Schiavo. Bioet Debat. 2005;11(39):2-7.

-Barrio IM, Monistrol O, Rivas A, Toral, Abad E, García A, Jover C, Júdez J, Simón P, Martínez S, y Barreiro J. Efecto de una intervención educativa en la mejora de la concordancia entre las preferencias de tratamiento de las personas mayores en caso de incapacidad y las predicciones que sobre dichas preferencias realiza su representante. NURE Inv 2005; 2 (13).

-Bachiller A, Hernández S, Martínez M, Delgado R, y Domínguez V. Testamento vital: la opinión médica en la provincia de Valladolid. Metas Enferm. 2004 may. 7(4):24-27.

-Barrio IM, Simon P, Pascau MJ. El papel de la Enfermera en la planificación anticipada de las decisiones: más allá de las instrucciones previas o voluntades anticipadas. Enfermería clínica 2005; 14(4):235-41.

-Colomar G. Comentarís a la regulació sobre el Registre català de voluntats anticipades. Ag Inf, 2002;24(6-4): 372-375.

-Fernández M, Francisco C, García A, Grigalvo R, López JA, Núñez Y. El testamento vital. Implicaciones legales, éticas y profesionales. Educare21 2003; 6.

-Fernández M, Francisco C, García A, Grigalvo R, López JA, Núñez Y. El testamento vital y la Enfermería. Educare21 2004; 7.

-Simon P, Tamayo MI, González MJ, Ruiz P, Moreno J, Rodríguez MC. Conocimientos y actitudes del personal de enfermería acerca de las voluntades anticipadas en 2 áreas sanitarias de Andalucía. Enferm Clin. 2008; 18(1):11-17.

-Barrio IM, Barreiro JM, Pascau MJ, Simón P, Güemez MP. Elders' perspective about Advance Directives. Index Enferm 2006;15(52-53): 35-39

-Hospital ML, Guallart R. Humanización y tecnología sanitaria ante el proceso final de la vida. Index Enferm, 2004;13(46):49-53.

-Gómez M. No me da miedo la muerte, me da miedo el dolor. Index Enferm 2007;16(58):63-67.

-García JM et al. El principio de autonomía y las instrucciones previas en salud mental. Metas de enfermería 2008;11(4):62-67.

-Simon P, Barrio IM, Iraburo M, Couceiro A. Vejez y final de la vida. Sobre la gestión Del morir: una carta no publicada al editor de Medicina Clínica. Bioética y debat 2008;editorial 17 julio.

-Solsona JF, Sucarrats A, Maull E, Barbat C, García S, Villares S. Toma de decisiones al final de la vida. Encuesta sobre la actitud

ante la muerte en el paciente crítico. Med Clin 2003; 120:335-6.

Tipo de publicación: reflexión de casos clínicos 25%, estudios descriptivos 18,75%, informativos 18,75% reflexión de expertos 18,75%; editorial 6,25%, cohortes 6,25%, fenomenológico 6,25%. Lugar de trabajo de los autores: multicéntrico 12,5%, 31,25 % en la universidad, 31,25% ámbito hospitalario, 25% en centros de investigación, atención primaria 12,5%. En un 50% el primer autor es profesional de enfermería, en el resto son colaboradores. Se relaciona DVA con: proceso de muerte (5), autonomía de los enfermos (5), eutanasia (3) e importancia del papel de enfermería (todos).

Conclusiones: Es necesario potenciar el conocimiento del DVA tanto en profesionales como de la población general. Enfermería debe implicarse más en estos temas; es imprescindible conocer el marco legal actual y su aplicación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.- Ley 21/ 2000, de 29 de Diciembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica.
- 2.-Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (BOE núm. 274)
- 3.- Comitè Consultiu de Bioètica. Consideracions sobre el Document de Voluntats Anticipades. Barcelona, Marzo 2002.
- 4.-Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona. Comisión Deontológica. Las enfermeras y las voluntades anticipadas. Barcelona, 2007.
- 5.-Pedraz A. La revisión bibliográfica. Nure investigación nº2 Febreo 2004 [consultado [http://webpersonal.uma.es/de/jmpaez/websci/BLOQUEI/Docul/ Revision.pdf](http://webpersonal.uma.es/de/jmpaez/websci/BLOQUEI/Docul/Revision.pdf), 10 de julio de 2008]
- 6.-Greenhalgh T. Papers that go beyond numbers (qualitative research). In: How to read a paper. The basics of evidence based medicine. BMJ Publishing Group, 1997.
- 7.-Guyatt GH et al, How to use an article about therapy or prevention. JAMA 1994; 271: 59-63.
- 8.-Guyatt GH et al, Users' Guides to The Medical Literature. JAMA 1993; 270: 2598-2601.
- 9.-Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence. May 2001. [Consultado en internet 26 de septiembre de 2008] Disponible en: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>.
- 10.-White Y, Fitzpatrick G. Diálisis: ¿ prolongación de la vida o de la muerte? Aspectos éticos, legales y profesionales de la decisión de dejarse morir. EDTNA-ERCA Journal 2006; 32 (2):107-112
- 11.-Noble H, Rees K. el cuidado del paciente terminal en la planta de nefrología: estudio retrospectivo. EDTNA-ERCA Journal 2006; 32 (2):96-99

POSTER 56**AUTORES/AUTHORS:**

M^a Del Mar Luque Ballesteros, M^a Eloisa Micó Reyes, Silvia Tantiñá Fontanet, Rosa Sabater Raga

TÍTULO/TITLE:

DIAGNOSTICOS ENFERMEROS EN UFISS, UGA Y SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA.

Objetivos. Identificar los Diagnósticos enfermeros más prevalentes en la población atendida por la UFISS, UGA Y TRAUMATOLOGIA FHAG utilizando la taxonomía NANDA.

Métodos. Se estudian retrospectivamente todas las historias de la UFISS del año 2006. (674 consultas, 284 excluidas por tratarse de intervenciones médicas. N= 390 estudiadas).

Se estudian prospectiva mente todos los pacientes geriátricos de la unidad de trauma ingresados durante los meses de Agosto-Septiembre 2008 (24 pacientes con criterio de valoración de UFISS. N= 24)

Se estudian prospectiva mente todos los pacientes de la unidad de geriatría de agudos durante los meses de Septiembre-Diciembre 2008 (N= 49 pacientes)

Valoración paciente:

Abordaje Bio-Psico-Social (Entrevista enfermera al paciente y al cuidador principal).

Funcional (Barthel)

Instrumentales (Lawton)

Cognitivo (Pfeiffer)

Riesgo de úlceras (EMINA)

Dolor (EVA)

Resultados.

UFISS: Se detectan 18 diagnósticos, como los más prevalentes valorados en la UFISS,

 Baja autoestima situacional 00120

 Riesgo del síndrome del desuso 00040

 Trastorno de la imagen personal 00118

 Trastorno de la percepción sensorial 00122

 Deterioro de la interacción social 00052

 Deterioro de la comunicación verbal 00051

 Déficit auto cuidado: vestido/acicalamiento 00109

 Deterioro del patrón del sueño 00095

 Afrontamiento familiar inefectivo 00069

 Riesgo del cansancio en el rol del cuidador 00062

 Déficit de la movilidad física 00085

 Déficit de auto cuidado: alimentación 00102

 Deterioro de la deglución 00103

 Patrón respiratorio ineficaz 00032

 Incontinencia urinaria total 00021

 Estreñimiento 00011

 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea 00047

 Alteración de procesos mentales: confusión aguda 00128

Confusión crónica 00129

7 de los cuales se dan en más de un 50% de los pacientes:

- Riesgo deterioro integridad cutánea 97,
- Estreñimiento 94,9%
- Déficit movilidad 94,1%
- Riesgo Síndrome del desuso 77,7 %
- Afrontamiento familiar ineficaz 61,5 %
- Alteración procesos mentales 53,8%

- Baja autoestima situacional 53,6%

COT: Para valorar los diagnósticos enfermeros detectados por un enfermera asistencial, se realiza un estudio prospectivo durante Agosto y Septiembre del 2008 en la unidad de traumatología, son 24 los pacientes geriátricos ingresados en la unidad siendo esta la que hace la valoración.

Se detectan 26 diagnósticos, 16 son comunes a los recogidos por la enfermera de la UFISS, los 10 restantes son los específicos detectados en el paciente orto geriátrico:

 Ansiedad 00146

 Riesgo de caídas 00155

 Conocimientos deficientes 00126

 Diarrea 00013

 Dolor agudo 00132 (+ 3 en escala EVA)

 Dolor crónico 00133

 Hipertermia 00006

 Riesgo de infección 00004

 Intolerancia a la actividad 00092

 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos 00025

UGA:

Para valorar los diagnósticos enfermeros detectados por una enfermera asistencial, se realiza un estudio prospectivo durante Septiembre y Diciembre del 2008 en la unidad de geriatría de agudos, se escogen los pacientes geriátricos y es esta la que hace la valoración. Entran dentro del estudio 49 pacientes por criterio de inclusión.

Se detectan 30 diagnósticos, 18 son comunes a la UFISS y los 12 restantes son los específicos en el paciente geriátrico:

 Fatiga 00093

 Déficit auto cuidado: uso wc 00110

 Deterioro de la movilidad en la cama 00091

 Deterioro de la movilidad en silla de ruedas 00089

 Deterioro en habilidad translación 00090

 Desequilibrio nutricional por defecto 00002

 Desequilibrio nutricional por exceso 00001

 Estreñimiento 00011

 Sufrimiento espiritual 00066

 Riesgo de lesiones 00035

 Riesgo de caídas 00115

Conclusiones. La utilización de un método validado, ha permitido a enfermería detectar las necesidades alteradas en relación a su etiología, definiendo los Diagnósticos Enfermeros. (Las enfermeras están autorizadas y son legalmente responsables para tratarlos) El trabajo de la enfermera asistencial y la de UFISS, es un trabajo en equipo en el que cada uno de los profesionales detecta diferentes diagnósticos enfermeros y cada profesional interviene en cada uno de ellos consensuado y elaborando el plan de cuidados optimo para el paciente.

Las tres enfermeras que han participado en este trabajo han pasado de tener un conocimiento básico de los diagnósticos enfermeros, a aprender a dominar los diagnósticos encontrados.

Debido a que la gran mayoría del personal de enfermería de la FHAG, no ha tenido en su plan de estudios, la formación necesaria sobre los diagnósticos enfermeros, creemos necesario ampliar este trabajo al resto de las unidades del centro, para asegurarnos el dominio correcto de los diagnósticos más prevalentes de toda la FHAG.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.- Iyer PW, Tapich BJ, Bernocchi-Losey D. Proceso de Enfermería y diagnóstico de Enfermería. Madrid: Interamericana. McGraw-Hill, 1998.
- 2.- Johnson, Bulechek, Butcher, McCloskey Dochterman, Maas, Moorhead, Swanson. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Madrid: Elsevier España 2007.
- 3.- Cuesta Zambrana A, Guirao Goris JF, Benavent Garcea A. Diagnósticos de Enfermería. Madrid: Diaz Santos 1994.
- 4.- Gil VF, Merino J, Orozco D. Manual de metodología de trabajo en enfermería. En Almansa Martínez, profesora titular fundamentos de enfermería, Universidad Murcia. Madrid: Merck Sarph & Dome, 1997. pXXIV/362-5.
- 5.- Gil VF, Merino J, Orozco D. Manual de metodología de trabajo en enfermería. En Pérez García RB. Diplomada Universitaria en Enfermería. Madrid: Merck Sarph & Dome, 1997. pXXIV/225-8.
- 6.- Ugalde Apalategui M, Rigol i Cuadra A. Diagnósticos de Enfermería Taxonomía NANDA. Barcelona: Masson SA, 1995.

POSTER 59**AUTORES/AUTHORS:**

Dolores Merino Navarro, Maria Isabel Mariscal Crespo, Dolores Merino Navarro, Joaquin Moncho Vasallo, Remedios Gonzalez Muñoz, Carolina Palomar Mingorance, María Loreto Maciá Soler

TÍTULO/TITLE:

Bienestar y salud en mujeres afectadas de cáncer de mama

El cáncer de mama constituye un problema de gran repercusión sobre la población femenina por su alta incidencia. Aunque el pronóstico y la supervivencia han mejorado en los últimos tiempos, continúa siendo una preocupación y motivo de atención en todas las etapas: diagnóstico, tratamiento y seguimiento, debido a que afecta al bienestar y la calidad de vida de las mujeres.

El carácter multidimensional y subjetivo del concepto de calidad de vida hace evidente la complejidad de la investigación considerando de máximo interés, el valor sobre la percepción que hace la propia persona de su vida y el impacto que en ella produce la enfermedad y los tratamientos que recibe. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud representa un acercamiento al conocimiento y manejo de las necesidades de las personas afectadas.

Objetivos

• Describir el bienestar y salud percibido por las mujeres afectadas de cáncer de mama.

• Identificar los factores con los que se relaciona el bienestar y salud percibidos.

Métodos

El estudio, descriptivo transversal, de las mujeres tratadas quirúrgicamente de cáncer de mama en el Hospital General de Huelva del Servicio Andaluz de Salud. Después de la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión la muestra, la formaron 112 mujeres tratadas quirúrgicamente durante los años 2001 y 2002.

Tras el análisis de los instrumentos existentes para valorar el bienestar y salud percibidos generales y específicos para el cáncer de mama, se seleccionó el cuestionario WHOQOL-BREF, por considerarse que era el que respondía mejor a los objetivos del estudio.

El cuestionario consta de 26 ítems divididos en cuatro dominios: salud física, psicológica relaciones sociales y entorno, más dos preguntas generales y percepción de salud general.

Se han tenido en cuenta los criterios éticos de investigación: consentimiento informado y permisos correspondientes.

Las variables sociosanitarias se obtuvieron mediante revisión de historias clínicas.

El cuestionario fue administrado en el transcurso de una entrevista en su domicilio o en los escenarios del hospital, trabajo...

Para el análisis de los datos se han seguido las recomendaciones de la OMS y utilizado el programa SPSS v 14.

Resultados

El instrumento utilizado ha mostrado para nuestra población de estudio y la totalidad de los ítems, una buena consistencia interna (Alpha de Crombach. 0,8884)

El Bienestar y salud percibidos de las participantes se sitúa en un nivel medio, siendo inferior en el área psicológica. Existe un 22,58% de mujeres que aunque informan de una calidad de vida puntuada como 'muy bien o bastante bien', 'siempre o frecuentemente' presentan otros sentimientos negativos que contradicen algunas respuestas.

Las dos preguntas generales del cuestionario, valoración de la calidad de vida y satisfacción con la salud general, se encuentran estrechamente relacionadas, valorándose en menor grado la satisfacción con la salud que la Calidad de vida. La asociación de las dos variables cuenta con un valor de Chi-cuadrado de 38469 que para 4 grados de libertad se asocia con una probabilidad de 0.001.

En los datos sociodemográficos, el bienestar percibido guarda relación significativa con el nivel de estudios y nivel económico no hallándose relación con la edad, trabajo, hijos, lugar de residencia. En cuanto a las variables clínicas solo se aprecia una relación entre la calidad de vida percibida en el dominio físico por la presencia de linfedema. En relación con los autocuidados generales, de desarrollo personal e interacción y los específicos de su problema de salud se encuentran mejores niveles de calidad de vida relacionados con un mejor conocimiento sobre su proceso de salud detectando un grupo de riesgo importante que carecen de los conocimientos necesarios para mejorar su bienestar y calidad de vida.

Discusión

Los resultados obtenidos son consistentes con otros estudios publicados donde el bienestar y la calidad de vida se ven afectado en primer lugar por la incapacidad física, el cambio de imagen corporal y por la información que las mujeres reciben de su proceso.

Las condiciones de la entrevista y el estado anímico de las mujeres en ese momento pueden justificar las diferencias halladas entre algunos datos contradictorios.

Implicaciones para la práctica. La información a las mujeres afectadas de cáncer de mama se desvela como un importante factor que influye sobre el bienestar por lo que las intervenciones deben ir encaminadas a cubrir este aspecto desde la consideración de un tratamiento integral en el que tenga reconocimiento todas las dimensiones de la persona y en los que hay que destacar la importancia de los sistemas de apoyo en mujeres con bajo ingresos económicos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Aaranson, N.K. (1990). Quality of a Liferesearch in cancer clinicals trials: a need for common nules and languages. *Oncology*, 4, 59-66. Aaronson, N.K., Ahmexday, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, M., Filiberti,A., Flechtner, H., Fleischman, S., De Haes, J., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Rofe, P., Schraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M. y Yakeda, F.(1993). The European Organization for Research and Treatmen of cancer QIQC30: a Quality of life instrument for use in international clinical trials in Oncology. *Journal of the Nacional Cancer Institute*, 85, 365-373. Amir, Z., Scully, J., Borrill, C. (2004). The professional role of breast cancer nurses in multi-disciplinary breast cancer care teams. *European Journal Oncology Nursing*, 8 (4), 306-14. Arrarás Urdaniz, J.I., y cols. (2001) Cuestionario de calidad de vida para cáncer de mama. *Psicología conductual* 9 (1), 81-97. Bonicatto, S., Pereyra, E., Schroeder, E. (1993).Calidad de vida: Un análisis multivariable de Pactes operados de carcinoma mamario, comunicación preliminar. *Revista Argentina Cancerología*, 21 (3),149- 50, 152-4, 156-8. Kathryn & Burckhardt (1999). Conceptualization and measurement of quality of life as an autocomme variable for health care intervention and research. *Journal Advanced Nursing*, 29 (2), 298-306. Mariscal, M.I. (2007) Autocuidados y salud en mujeres afectadas de cáncer de mama. ProQuest Dissertations & Thesis. Porzsolt, F., Wölpf, C.P., Rist, C.E., Koza, R., Büchele, G., y Gaus. W. (1996). Comparison of Three instruments (QLQ-C30, SF-36 y QWB-7) measuring health. Schmacker & Naughton (1995) The internacional Helath-Related Quality of life: a theoretical. Shumaker S., Berston R. (Eds). *The international Health-Related Quality of life: Theory, treatment and analysis*. Oxford, UK: Rapid Oo. 3-10. WHOQOL 1994. (1996) ¿Porqué la calidad de vida?, Grupo WHOQOL. En foro Mundial de la Salud, Ginebra. Whoqol Group (1995). *The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL)*. Position Paper from the World Health Organization. Society Scientific Medical. Vol. 41, Nº 10, pp. 1.403-1.409. Organización Mundial de la Salud (1996). Whoqol-breef. Intro programe of mental health. Duction, administration, scoring and generic version of assess ment. Field ttrial version. Geneva.

POSTER 60

AUTORES/AUTHORS:

CARMEN MONTERO-MORALES, CARMEN TAPIA-VALERO, MARÍA RODRÍGUEZ-HERRERA, GONZALO DUARTE-CLIMENTS, MARÍA BEGOÑA SÁNCHEZ-GÓMEZ, CAMINO VARGAS-ÁLVAREZ, PILAR VELEDO-BARRIOS, ANA MARÍA RODRÍGUEZ-MARTÍNEZ, MARÍA ÁNGELES GUZMÁN-FERNÁNDEZ

TÍTULO/TITLE:

ENFERMERA Y PRESCRIPCIÓN: ¿HAY EVIDENCIAS SOBRE PRESCRIPCIÓN ENFERMERA? REVISIÓN SISTEMÁTICA

OBJETIVO: Identificar evidencias disponibles sobre prescripción enfermera para mejorar la eficacia del sistema de salud y la atención al paciente.

MÉTODO: Revisión por pares según protocolo explícito estandarizado¹, resolviendo discrepancias por consenso. Estrategia de búsqueda conforme a pistas de Sackett²: población, intervenciones, comparadores, resultados (PICO), transformándose en DeCS/MeSH. Búsqueda en Bases de Datos online: MEDLINE, COCHRANE, JBI, CUIDEN, INAHTA, ScIELO, LILACS e IBECS. Se completa con búsqueda referencial. Incluimos Ensayos Clínicos Aleatorios (ECA), Metaanálisis, Revisiones Sistemáticas (RS), Guías de Práctica Clínica, Estudios Casos/Controles (CC) en castellano, inglés o portugués, disponibles al completo. Se excluyen estudios no aplicables a Atención Primaria (AP). Lectura crítica y evaluación de calidad según Critical Appraisal Skills Programme³ (CASP). La síntesis de la evidencia sigue la clasificación por niveles de evidencia (N) y grado de recomendación (GR) del JBI⁴. RESULTADOS En septiembre/diciembre de 2008 realizamos búsqueda en Bases de Datos: MEDLINE, COCHRANE, JBI, CUIDEN, INAHTA, ScIELO, LILACS e IBECS. Identificamos 24 estudios a revisar en profundidad, tras la lectura crítica seleccionamos 6: 2 RS, 3 ECA multicéntricos y 1 CC. No identificamos estudios que completen estos artículos con fechas de publicación posteriores a estos. En la mayoría de los artículos la prescripción enfermera independiente se compara cuantitativamente con la prescripción médica. Kinnersley⁵ (2000) no encuentra diferencias significativas en el número de prescripciones realizadas por enfermeras y médicos [OR=1.01(0.8-1.28)] En la misma línea encontramos los resultados de Pritchard⁶ (2001), no hallándose diferencias significativas de prescripción entre el 59,9% de las NP (nurse practitioner), el 54,3% de las HV (health visitor) y el 58,7% de los GP (general practitioner) [X²=0.56,df=2, p=0.76] En el estudio de Shum⁷ (2000) el número de prescripciones fue también similar para ambos grupos: enfermeras (65.4%) y médicos (63.5%) [p=0.47, X²=0.513] Aunque para Horrocks⁸ (2002) el número de prescripciones fue ligeramente superior para el grupo intervención (enfermeras n:1685/2503), no se hallaron diferencias significativas con el grupo control (médicos n:1944/2861) [OR=1,02(0,9-1,5)] El análisis realizado por Laurant⁹ (2008) nos permite apoyar los anteriores resultados, ya que en lo concerniente a la atención urgente, la proporción de prescripciones según el metanálisis de tres estudios (Kinnersley⁵ 2000; Shum⁷ 2000; Venning¹⁰ 2000) sugiere que no hubo diferencias significativas entre médicos y enfermeras en tasa de prescripción enfermera comparado con la médica [RR=1,00; IC=95%(0,96-1,05)] También se analiza la proporción de prescripción en la atención de afecciones crónicas, sin que se hallen diferencias significativas en la actuación de médicos y enfermeras. Sólo en uno de los artículos (Venning¹⁰, 2000), se trata la prescripción enfermera como patrón prescriptor en medicación general y en antibióticos. Destaca que, aunque los médicos prescriben más, no hay diferencias significativas en los patrones de prescripción: enfermeras (61.0%) y médicos (64.7%) [OR=0.88(0.66-1.17)p= 0.375] Tampoco se hallan diferencias significativas en prescripción de antibióticos: 30.4% enfermeras y 31.7% médicos [OR=0.94(0.76-1.17) p= 0.576] El resultado más relevante indica que el número de prescripciones, el patrón prescriptor, la adecuación y la seguridad de la prescripción son similares en la atención prestada tanto por enfermeras como por médicos, en el ámbito de la atención primaria, en lo que se refiere a la atención a demanda, urgente y crónica.

DISCUSION: Estudio limitado a búsqueda en inglés, castellano, portugués y no disponer de algunos. No especifican tipo de prescripción, excepto Vennig¹⁰ (2000) que analiza prescripción de antibióticos, sin detallar ?patrones de prescripción?. Destaca la ausencia de estudios en España, ya que la prescripción directa no es parte de la actividad enfermera.

Creemos necesarios estudios que investiguen en nuestro contexto aportando evidencias sobre intervenciones enfermeras en proporción y patrones de prescripción con respecto a los médicos. Estos hallazgos se incluyan en los programas de formación de enfermeras de España. Nuestras conclusiones, elaboradas como recomendaciones, siguiendo la clasificación del JBI, son:

- 1.El número de prescripciones es similar en atención prestada por enfermeras y médicos en Atención Primaria (AP), en atención a demanda, urgente o crónica. N-1/GR-A.
- 2.El patrón prescriptor es similar en atención prestada por enfermeras y médicos en AP, en atención a demanda, urgente o crónica. N-1/GR-A.

3. La adecuación/seguridad en prescripción son similares en atención prestada por enfermeras y médicos en AP, en atención a demanda, urgente o crónica. N-1/GR-A.

Implicación para la práctica: todos los estudios concluyen que la enfermera puede prescribir, sin que disminuya la calidad de la atención. Aunque el perfil de las enfermeras británicas es distinto al nuestro, las españolas se integran perfectamente en el contexto británico.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Duarte-Clíments G, Sánchez-Gómez MB. 10 pasos para realizar una revisión sistemática. Vayamos paso a paso. En: Evidencias para unos cuidados seguros. V Reunión internacional sobre Enfermería Basada en la Evidencia. Granada, INDEX 2008.
2. Sackett DL, Richardson VV, Rosenberg W, Haynes RB. Medicina basada en la evidencia: Como practicar y enseñar MBE, York: Churchill Livingstone 1997
3. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. CASPe 2005. Disponible: <http://www.redcaspe.org> [Consultado 02/04/2008]
4. The Joanna Briggs Institute. Systematic Reviews-the review process. Level of evidence. Accessed on-line 2006. Disponible: <http://www.joannabriggs.edu.au> [Consultado 02/04/2008]
5. Kinnersley P et al. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. BMJ 2000;320:1043-1048 Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> [Consultado 22/10/08]
6. Pritchard A et al. Practice nurse and health visitor management of acute minor illness in a general practice. Journal of Advanced Nursing 2001; 36(4), 556 a 562. Búsqueda Referencial: Latter S, Courtenay MJ. Effectiveness of nurse prescribing: a review of the literature. Clin Nurs 2004; Jan 13(1):26-32. Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> [Consultado 22/10/08]
7. Shum, C et al. Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial. BMJ 2000; 320; 1038-1043. Búsqueda Referencial: Pancorbo-Hidalgo PL et al. Atención por enfermeras a pacientes con enfermedades leves en consultas de Atención Primaria. Index Enferm 2001; 32-33. Disponible: <http://www.index-f.com> [Consultado 09/01/09]
- Horrocks et al. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. BMJ 2002; VI 324 (06-04). Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> [Consultado 22/10/08]
8. Laurant M et al. Sustitución de médicos por enfermeras en la atención primaria. La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 N° 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible: <http://www.update-software.com> [Consultado 11/01/09]
9. Venning, P et al. Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. BMJ 2000 ;320; 1048-1053 Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> [Consultado 22/10/08]

POSTER 61**AUTORES/AUTHORS:**Rocío Morano Báez, M^a Jesús Albar Marín**TÍTULO/TITLE:**

Competencias de los supervisores de enfermería hospitalaria para el manejo del estrés en sus unidades

El trabajo de los profesionales de enfermería presenta una serie de características tales como sobrecarga laboral, falta de reconocimiento profesional, falta de autonomía y autoridad para poder tomar decisiones, conflicto de roles, escasas posibilidades de promoción profesional y falta de apoyo en el contexto laboral¹, las cuales han sido asociadas al estrés en este colectivo. Para facilitar su afrontamiento se han diseñado estrategias de prevención a distintos niveles y centradas en el profesional. En la mayoría de las intervenciones se han obtenido resultados inconsistentes, diluyéndose éstos a corto plazo^{2, 3}. Recientemente se ha analizado el papel del supervisor en la prevención del estrés en el personal que dirigen, señalando algunos autores que las conductas desplegadas por éstos son un determinante importante del nivel que el estrés alcanza en los empleados. Incluso llegan a afirmar que probablemente sean las conductas de los supervisores las que tienen más influencia en el bienestar de los trabajadores, y no las de directivos más lejanos, o líderes organizacionales^{4, 5}. Al respecto, hay estudios que muestran como la conducta de los supervisores puede causar estrés en su equipo^{6, 7} o, por el contrario, disminuirlo mediante un buen diseño e implementación de soluciones⁸. Yarker et al. (2007)⁹ han definido un total de 19 competencias relevantes en los supervisores para afrontar situaciones generadoras de estrés en las unidades que dirigen (Manejo del volumen de trabajo y de los recursos; Encargarse de los problemas de trabajo; Planificación del proceso y organización; Empowerment; Aproximación participativa; Desarrollo; Accesible/Visible; Salud y seguridad; Feedback; Consideración individual; Manejo del conflicto; Expresión y manejo de emociones; Actúa con integridad; Estilo amigable; Comunicación; Conocimiento del trabajo; Toma de responsabilidad; Empatía; Busca consejo). En nuestro país, hemos encontrado pocos estudios relacionados con el papel de los supervisores de enfermería en el control del estrés en las unidades¹⁰, por lo que nos hemos basado en las competencias descritas por estos autores. Objetivo: identificar la percepción que tienen los profesionales de las conductas de los supervisores que disminuyen o aumentan el estrés en el trabajo. Métodos: estudio descriptivo cualitativo. Ámbito: tres unidades de medicina interna del Hospital V. Macarena de Sevilla. Sujetos: 11 profesionales de enfermería. Instrumento: Adaptación de la entrevista utilizada por Yarker et al (2007)⁹ mediante la técnica de incidentes críticos para identificar competencias relacionadas con el manejo de situaciones de estrés. Los entrevistados describían situaciones de estrés en las que las conductas de su supervisor habían sido efectivas en el manejo del mismo, y otras en las que no. A partir de ellas se identificaron las competencias correspondientes. Las entrevistas fueron grabadas en audio para su posterior transcripción y análisis de contenido, previa firma de consentimiento informado. Análisis de datos: utilización del programa Atlas-ti. Resultados: se realizaron 8 entrevistas a DUE y 3 a TCE. Tan sólo un diplomado era hombre. La media de edad era de 40 años y el 70% trabajaba en turno rotatorio. Los profesionales refieren conductas del supervisor que reflejan la presencia o ausencia de algunas de las competencias descritas por Yarker et al (2007)⁹. Hemos agrupado algunas de las competencias por considerar que las conductas incluidas son similares. Entre las competencias positivas destacan: el manejo del volumen de trabajo y la resolución de problemas, la aproximación participativa, el feedback, la consideración individual, y el estilo amigable. Entre las negativas, señalan la falta de accesibilidad, derivada en muchas ocasiones de las imposiciones de su trabajo (elevadas reuniones fuera de la unidad); y la expresión y manejo de emociones. Consideran que una excesiva implicación de los supervisores en su trabajo, hace que manifiesten emociones negativas (e.g. frustración) que pueden repercutir en el personal. Discusión: observamos, en relación a las competencias descritas por Yarker et al (2007)⁹, que el hecho de que algunas se manifiesten depende de la disponibilidad de recursos, lo que escapa a las posibilidades de los supervisores, algo reflejado en la literatura. Es el caso de la competencia ?manejo del volumen de trabajo y de los recursos?. Por otro lado, hay que destacar la alta valoración que hacen los profesionales del trato del supervisor (estilo amigable), hasta tal punto que consideran éste más importante que la obtención de respuesta a sus demandas. También hay que señalar que algunas competencias para las que no se han descrito conductas, necesariamente no están ausentes en los supervisores, ya que sólo se mencionan aquellas que tienen un elevado impacto. Por último, consideramos que algunas de las competencias establecidas por Yarker et al. (2007)⁹ se solapan, es decir que las categorías no son exclusivas, característica imprescindible para un buen sistema de categorías, pudiendo una conducta determinada adscribirse a varias competencias. Es necesario elaborar instrumentos que midan estas competencias y realizar estudios que las relacionen con los niveles de estrés de los profesionales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. 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.
2. Cartwright, S. Cooper, C.L. & Murphy, L.R. Diagnosis in healthy organization: A proactive approach to stress in the workplace. En R.L. Murphy, J.J. Hurrell, S.L. Sauter y G.P. Keita (Eds.), *Job stress interventions*. Washington DC: American Psychological Association, 1996. 217-234.
3. 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
4. Alimo-Metcalfe, B. y Alban-Metcalfe, R.J. The development of a new transformational leadership questionnaire. *The Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 2001; 74, 1-27
5. Nyberg, A., Bernin, P. y Theorell, T. The impact of leadership on the health of subordinates. *The National Institute for Working Life*. 2005
6. Tepper, B. J. Consequences of abusive supervision. *Academy of Management Journal*, 2000; 43, 178-190.
7. Hogan, R., Curphy, G. J., y Hogan, J. What we know about leadership. *American Psychologist*, 1994; 49, 493-504.
8. Thomson, L., Rick, J. y Neathey, F. *Best Practices in Rehabilitating Employees following Absence due to Work Related Stress*. HSE. 2004
9. Yarker, J., Donnalson-Feilder, E. y Flaxman, P. Management competencies for preventing and reducing stress at work. Identifying and developing the management behaviours necessary to implement the HSE Management Standards. Prepared by Goldsmiths, University of London for the Health and Safety Executive. 2007. Disponible en la página web: <http://www.hse.gov.uk/research/rrhtm/rr553.htm> Recuperado el día 08/02/2008
10. Gómez Cárcaba, M^a O., Reneldo Mediavilla, F., Mateo Herrero, M^a L. Prevención del síndrome de Burnout del personal de enfermería: Un reto para la supervisora. *Tesela [Rev Tesela]* 2008; 4. Disponible en <<http://www.index-f.com/tesela/ts4/ts6797.php>> Consultado el 24 de Marzo de 2009.

POSTER 63**AUTORES/AUTHORS:**

Laura Moure Fernández, M^a José Pualto Durán, Rosa Antolín Rodríguez, Carlos Salgado Álvarez

TÍTULO/TITLE:

Visión del futuro profesional de enfermería ante la seguridad del paciente

Objetivos:

Conocer la visión del alumno/a de 3^o curso de Enfermería sobre la seguridad del paciente en sus prácticas hospitalarias

Averiguar si el alumnado cree haber recibido una formación adecuada sobre seguridad de pacientes en sus estudios

Conocer los métodos empleados por los alumnos para identificar al paciente

Métodos

La población objeto de estudio fueron los alumnos/as de 3^o curso de la Escuela Universitaria de Enfermería del H. Meixoeiro durante el curso académico 2008-2009.

Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario sobre seguridad de pacientes (existencia de protocolos, experiencias sobre seguridad y comunicación de riesgos,?) autocumplimentado y de elaboración propia, confeccionado a partir de la bibliografía consultada, con 18 preguntas de opción múltiple y 2 preguntas abiertas.

El análisis y el cálculo de frecuencias y porcentajes de los datos se realizó con el programa SPSS 14.0.

Resultados

Se obtuvo un índice de respuesta del 100% (N=53).

El 49,1% (26) del alumnado cree que donde se producen más problemas en la seguridad del paciente es durante la preparación y administración de la medicación y el 24,5% (13) opina que en la identificación del paciente. Preguntados sobre donde creen que se producen la mayor parte de los errores, el 58,5% (31) manifestó que a problemas de comunicación y el 30,2% (16) que a fallos humanos.

Con respecto a la afirmación de que compartir las experiencias sobre seguridad ayuda a prevenir errores un 84,9% esta bastante/completamente de acuerdo.

Un 13,2% (7) estuvo completamente de acuerdo en que han recibido una formación adecuada sobre seguridad de los pacientes y un 37,7% (20) bastante de acuerdo, pero al preguntarles si estaban bien informados sobre cuestiones de seguridad que influyeran en su práctica, un 43,4% (23) afirmó estar bastante de acuerdo y un 9,4% (5) que completamente de acuerdo.

Manifestó haber comunicado en alguna ocasión la existencia de posibles riesgos de seguridad el 88,7% (47) de los encuestados.

Al pedirles que reflejarán el método/s que utilizaban para identificar al paciente, un 1,8% (1) dijo emplear la tarjeta identificativa y preguntarle el nombre y los apellidos, un 47,16% (25) los identificaba por el n^o de cama y preguntando el nombre y apellidos.

Afirma comprobar siempre los 5 correctos al administrar la medicación un 84,9% (45) y un 15,1% (8) que solamente a veces.

Con referencia a si habían vivido alguna experiencia de fallo/error, un 54,7% (29) afirmó que si y un 45,3% (24) que no. En 16 casos,

un 30,2%, el autor/a lo comunicó al responsable/superior y en 7 casos (13,20%) dijeron que a veces se lo habían comunicado al paciente.

Cree que la notificación de los errores mejoraría la seguridad del paciente un 60,4% (32).

A la pregunta de como se sentirían si fuesen un paciente ingresado en el complejo hospitalario, un 5,7% marcó la respuesta de muy inseguro, un 22,6% algo inseguro, un 47, 2% aceptablemente seguro y un 24,5% bastante seguro.

Discusión:

Conocer la visión que tienen los/as alumnos/as sobre la práctica diaria del hospital, nos aporta información y nos orienta en los diversos aspectos a mejorar en seguridad de pacientes, por lo que consideramos necesario incidir en este tema tanto en la formación del alumnado de enfermería como en la formación continuada de los profesionales, al ser éstos su referencia más cercana.

Llama la atención que solamente la mitad de los alumnos piensa que se debe informar al paciente de los errores que se producen, quizás esto se deba a la creencia de que los errores que se producen se deben a fallos humanos, a malos profesionales, o al miedo a la penalización, por lo que habría que plantear la modificación de la legislación existente para lograr que la notificación de errores fuese no punitiva, lo que daría lugar a un mayor conocimiento de los errores que se producen y evitar así futuras repeticiones.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

?Baena MJ, Romero JM, Vargas J, Zarzuelo A, Jimenez-Martin J y Faus MJ. Validación de un cuestionario para la identificación de problemas relacionados con los medicamentos en usuarios de un servicio de urgencias hospitalario. *Ars Pharmaceutica*. 2001; 42(3-4):147-71.

?Manno M, Hogan P, Heberlein V, Josephine Nyakiti J, Mee CL. Resultados de una encuesta sobre la seguridad de los pacientes. *Nursing*. 2007; 25(5):12-9.

?Otero-López MJ et al. Acontecimientos adversos prevenibles causados por medicamentos en pacientes hospitalizados. *Med Clín (Barc)*. 2006; 126(3):81-7.

?Otero López MJ. Nuevas iniciativas para mejorar la seguridad de la utilización de los medicamentos en los hospitales. *Rev Esp Salud Pública*. 2004; 78(3):323-39.

?Reyes SG et al. Derechos del paciente hospitalizado: Responsabilidad en la práctica de enfermería. *Rev Enferm IMSS*. 2001; 9(1):15-8.

?Saturno PJ et al. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud Español. *Med Clín Monogr (Barc)*. 2008; 131(Supl3):18-25.

?Terol E et al. Resultados de la estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud Español, periodo 2005-2007.

Med Clin Monogr. 2008; 131(suple 3): 4-11.

POSTER 64**AUTORES/AUTHORS:**

Carmen Nieto de la Fuente, Florencia Sáez Vay, Montserrat García Martínez

TÍTULO/TITLE:

Opinión de los estudiantes de enfermería de las competencias específicas del programa de una asignatura curricular

A partir de la propuesta de creación del EEES se espera que los estudiantes al finalizar sus estudios hayan desarrollado las competencias necesarias para: lograr su realización personal, ejercer la ciudadanía activa, incorporarse a la vida adulta de manera satisfactoria y ser capaz de desarrollar un aprendizaje permanente a lo largo de la vida. En el contexto de un nuevo modelo educativo se plantea el presente estudio.

Objetivo

Estudiar la opinión de los estudiantes sobre el grado de consecución y la pertinencia, de las competencias específicas planificadas en el programa de la asignatura de Fundamentos de Enfermería.

Metodología:

Diseño: Cuantitativo, descriptivo, analítico y transversal.

Ámbito del estudio: Escuela de Enfermería de la URV de Tarragona (Campus Terres de l'Ebre).

Muestra: 70 alumnos matriculados en la asignatura Fundamentos de Enfermería; curso 07/08.

Recogida de datos: cuestionario anónimo elaborado para el estudio, se estudiaron variables sociodemográficas (edad, sexo, vía acceso universidad), notas y competencias específicas de la asignatura:

A1: Capacidad para reconocer signos normales y cambiantes de salud / mala salud, sufrimiento, incapacidad de la persona.

A3: Capacidad para emprender valoraciones exhaustivas y sistemáticas utilizando las herramientas y marcos adecuados para el paciente, teniendo en cuenta los factores físicos, sociales, culturales, psicológicos, espirituales y ambientales relevantes.

A6: Capacidad para administrar con seguridad fármacos y otras terapias.

A7: Capacidad para mantener la dignidad, privacidad y confidencialidad del paciente.

A8: Capacidad para poner en práctica principios de salud y seguridad, incluida la movilidad y manejo del paciente, control de infecciones, primeros auxilios básicos y procedimientos de emergencia.

A9: Capacidad para considerar los cuidados emocionales, físicos y personales, incluyendo satisfacer las necesidades de confort, nutrición e higiene personal y permitiendo el mantenimiento de las actividades cotidianas.

A13: Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar teorías de enfermería y práctica enfermera.

A16: Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar ciencias básicas y de la vida.

Para evaluar la opinión del estudiante en el grado de consecución y la medida en que consideraba importante la competencia para su desarrollo profesional, se utilizó una escala del 1 al 6.

Análisis de los datos: análisis descriptivo completo y pruebas de Spearman y Kruskal-Wallis.

Resultados:

El 100% de los estudiantes considera todas las competencias importantes para su desarrollo profesional, posicionándose entre 4 y 6 puntos.

La puntuación media en las competencias estudiadas es de 4,57 puntos (desviación típica 0,44 puntos; máximo 5,8 puntos; mínimo 3,5 puntos).

Los de acceso para mayores de 25 años se puntúan más alto: media 5,15 puntos; máximo 5,80 puntos, mínimo 4,20 puntos.

Existe relación entre la vía de acceso a la universidad y la opinión de los estudiantes en la consecución de las competencias A1 ($p=0,011$), A3 ($p=0,042$), A8 ($p=0,048$). Los que acceden a la universidad por las pruebas para mayores de 25 años son los que se puntúan más alto.

Solamente existe relación entre la edad y la opinión de los estudiantes en la consecución de la competencia A1 ($p=0,006$), siendo los de más edad los que se puntúan más alto.

Discusión y conclusiones

Los estudiantes opinan que han conseguido las competencias específicas al finalizar la asignatura. Esto se corresponde, con las notas obtenidas en los seminarios prácticos y en la teoría de la asignatura y con los estudios de Kobayashi y Leite, 2004 y Baldassare y Ciampone, 2007, que reflejan una prevalectía del saber hacer y consideran que al finalizar la asignatura han mejorado las competencias. Y se contraponen con los encontrados en los estudios de Del Villar et al, 2001; Urbina; Otero y Soler 2004 y Grochans, Jurczak, Wieder-Huszla et al, 2007, en los que más de la mitad de los estudiantes no superaron la prueba de competencia clínica y casi la mitad de las enfermeras mostraron un conocimiento deficiente en competencia científico-técnica y el nivel de conocimientos de las enfermeras era más bajo de lo esperado.

En la competencia A1, los de más edad se posicionan en el intervalo más alto. Se podría atribuir a que han tenido más contacto con aspectos como el ?sufrimiento o la incapacidad?, especificados en esta competencia.

En la competencia A6 se posicionan en la puntuación más baja. Podría ser que la redacción haya producido confusión en el alumno, que aún no administra fármacos y no ha considerado que ?otras terapias? incluye procedimientos que se aplican en las prácticas como la higiene, protección y seguridad, movilidad o nutrición.

La mayoría se posicionan en el intervalo de mayor puntuación en la importancia que le dan a este grupo de competencias, esto se corresponde con las competencias que el Libro Blanco del título de grado en Enfermería de la ANECA señala para la profesión.

Se debería hacer una revisión de la pertinencia de las competencias incluidas en la asignatura.

La evaluación por competencias va más allá de incluirlas en los programas. La autoevaluación, como método de evaluación formativa, debería estar incluida en la formación del estudiante.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. ANECA. Libro Blanco del Título de Grado en Enfermería. Madrid, 2005
2. Baldassare, R y Ciampone, MH. A construção de competências para o gerenciamento em enfermagem: a percepção dos alunos do sétimo e oitavo semestres de graduação em enfermagem. Rev. Adm. Saude, Vol 9, Nº 35,2007, pp 47-54
3. Comisión Europea. Dirección General de Educación y Cultura. Informe del Grupo de Trabajo B ?Competencias clave?: Competencias clave para un aprendizaje a lo largo de la vida. Un marco de referencia Europeo. 2004
4. Consejo Internacional de Enfermería. Marco y Competencias Internacionales de la Enfermería Generalista. Ginebra: CIE, 2001
5. Del Villar, JL; Belhassen, M; Aguilar, EM; Roncero, M; Aparicio, I. Evaluación de la competencia clínica en pregraduados mediante el test objetivo estructurado. Rev. Educación Médica, Vol. 4, Nº2, 2001, pp 82-85
6. Echeverría Samanes, B. Gestión de la competencia profesional. Rev. Investigación Educativa, Vol. 20, Nº 1, 2002, pp 7-43
7. González,J; Wagenar, R. Tuning educational structures in Europe : final report . Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto, 2006
8. Grochans E; Jurczak A; Wieder-Huszla S; Stanislawski M; Prebendowska A. Estimation of the declared knowledge of anaesthesiology nurses concerning some chosen procedures and actions being within the scope of professional competence. Rev. Adv Med Sci; Vol. 52, Suppl 1, 2007, pp 78-80
9. Kobayashi y, R y Leite, MJ. Formación de competencias administrativas del técnico en enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Vol. 12, Nº 2, 2004, pp 35-40
10. Molins, A; Sola, M; Martínez Carretero JM. Evaluación de la competencia clínica en Enfermería. Bases conceptuales y experiencias. Rev. Enferm, Vol. 28, Nº 5,2005, pp13-18

11. Palomino, PA; Frías,A; Grande,ML; Hernández, ML; Del Pino, R. El Espacio Europeo de Educación Superior y las competencias enfermeras. Rev. Index Enfermería, Vol. 14, Nº 48-49, 2005, pp 37-45
12. Universitat Rovira i Virgili . Guia Docent . Diplomatura Campus Terres de l'Ebre. 2005. [Artículo en línea] [Consulta: 29.03.08]. Disponible en: <http://www.urv.cat/redireccionar.php?url=http://wwwa.urv.net/centres/infermeria/ca>
13. Universitat Rovira i Virgili . Informe 13: La URV davant l'espai europeu d'educació superior. Tarragona: Publicacions URV, 2007
14. Urbina, O; Otero,M y Soler, S. Evaluación de la competencia profesional del personal de Enfermería en Neonatología. Rev. Cubana Educ. Med. Super. Vol.18, Nº2, 2004, pp 12-16

POSTER 64**AUTORES/AUTHORS:**

Carmen Nieto de la Fuente, Florencia Sáez Vay, Montserrat García Martínez

TÍTULO/TITLE:

Opinión de los estudiantes de enfermería de las competencias específicas del programa de una asignatura curricular

A partir de la propuesta de creación del EEES se espera que los estudiantes al finalizar sus estudios hayan desarrollado las competencias necesarias para: lograr su realización personal, ejercer la ciudadanía activa, incorporarse a la vida adulta de manera satisfactoria y ser capaz de desarrollar un aprendizaje permanente a lo largo de la vida. En el contexto de un nuevo modelo educativo se plantea el presente estudio.

Objetivo

Estudiar la opinión de los estudiantes sobre el grado de consecución y la pertinencia, de las competencias específicas planificadas en el programa de la asignatura de Fundamentos de Enfermería.

Metodología:

Diseño: Cuantitativo, descriptivo, analítico y transversal.

Ámbito del estudio: Escuela de Enfermería de la URV de Tarragona (Campus Terres de l'Ebre).

Muestra: 70 alumnos matriculados en la asignatura Fundamentos de Enfermería; curso 07/08.

Recogida de datos: cuestionario anónimo elaborado para el estudio, se estudiaron variables sociodemográficas (edad, sexo, vía acceso universidad), notas y competencias específicas de la asignatura:

A1: Capacidad para reconocer signos normales y cambiantes de salud / mala salud, sufrimiento, incapacidad de la persona.

A3: Capacidad para emprender valoraciones exhaustivas y sistemáticas utilizando las herramientas y marcos adecuados para el paciente, teniendo en cuenta los factores físicos, sociales, culturales, psicológicos, espirituales y ambientales relevantes.

A6: Capacidad para administrar con seguridad fármacos y otras terapias.

A7: Capacidad para mantener la dignidad, privacidad y confidencialidad del paciente.

A8: Capacidad para poner en práctica principios de salud y seguridad, incluida la movilidad y manejo del paciente, control de infecciones, primeros auxilios básicos y procedimientos de emergencia.

A9: Capacidad para considerar los cuidados emocionales, físicos y personales, incluyendo satisfacer las necesidades de confort, nutrición e higiene personal y permitiendo el mantenimiento de las actividades cotidianas.

A13: Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar teorías de enfermería y práctica enfermera.

A16: Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar ciencias básicas y de la vida.

Para evaluar la opinión del estudiante en el grado de consecución y la medida en que consideraba importante la competencia para su desarrollo profesional, se utilizó una escala del 1 al 6.

Análisis de los datos: análisis descriptivo completo y pruebas de Spearman y Kruskal-Wallis.

Resultados:

El 100% de los estudiantes considera todas las competencias importantes para su desarrollo profesional, posicionándose entre 4 y 6 puntos.

La puntuación media en las competencias estudiadas es de 4,57 puntos (desviación típica 0,44 puntos; máximo 5,8 puntos; mínimo 3,5 puntos).

Los de acceso para mayores de 25 años se puntúan más alto: media 5,15 puntos; máximo 5,80 puntos, mínimo 4,20 puntos.

Existe relación entre la vía de acceso a la universidad y la opinión de los estudiantes en la consecución de las competencias A1 ($p=0,011$), A3 ($p=0,042$), A8 ($p=0,048$). Los que acceden a la universidad por las pruebas para mayores de 25 años son los que se puntúan más alto.

Solamente existe relación entre la edad y la opinión de los estudiantes en la consecución de la competencia A1 ($p=0,006$), siendo los de más edad los que se puntúan más alto.

Discusión y conclusiones

Los estudiantes opinan que han conseguido las competencias específicas al finalizar la asignatura. Esto se corresponde, con las notas obtenidas en los seminarios prácticos y en la teoría de la asignatura y con los estudios de Kobayashi y Leite, 2004 y Baldassare y Ciampone, 2007, que reflejan una prevalectía del saber hacer y consideran que al finalizar la asignatura han mejorado las competencias. Y se contraponen con los encontrados en los estudios de Del Villar et al, 2001; Urbina; Otero y Soler 2004 y Grochans, Jurczak, Wieder-Huszla et al, 2007, en los que más de la mitad de los estudiantes no superaron la prueba de competencia clínica y casi la mitad de las enfermeras mostraron un conocimiento deficiente en competencia científico-técnica y el nivel de conocimientos de las enfermeras era más bajo de lo esperado.

En la competencia A1, los de más edad se posicionan en el intervalo más alto. Se podría atribuir a que han tenido más contacto con aspectos como el ?sufrimiento o la incapacidad?, especificados en esta competencia.

En la competencia A6 se posicionan en la puntuación más baja. Podría ser que la redacción haya producido confusión en el alumno, que aún no administra fármacos y no ha considerado que ?otras terapias? incluye procedimientos que se aplican en las prácticas como la higiene, protección y seguridad, movilidad o nutrición.

La mayoría se posicionan en el intervalo de mayor puntuación en la importancia que le dan a este grupo de competencias, esto se corresponde con las competencias que el Libro Blanco del título de grado en Enfermería de la ANECA señala para la profesión.

Se debería hacer una revisión de la pertinencia de las competencias incluidas en la asignatura.

La evaluación por competencias va más allá de incluirlas en los programas. La autoevaluación, como método de evaluación formativa, debería estar incluida en la formación del estudiante.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. ANECA. Libro Blanco del Título de Grado en Enfermería. Madrid, 2005
2. Baldassare, R y Ciampone, MH. A construção de competências para o gerenciamento em enfermagem: a percepção dos alunos do sétimo e oitavo semestres de graduação em enfermagem. Rev. Adm. Saude, Vol 9, Nº 35,2007, pp 47-54
3. Comisión Europea. Dirección General de Educación y Cultura. Informe del Grupo de Trabajo B ?Competencias clave?: Competencias clave para un aprendizaje a lo largo de la vida. Un marco de referencia Europeo. 2004
4. Consejo Internacional de Enfermería. Marco y Competencias Internacionales de la Enfermería Generalista. Ginebra: CIE, 2001
5. Del Villar, JL; Belhassen, M; Aguilar, EM; Roncero, M; Aparicio, I. Evaluación de la competencia clínica en pregraduados mediante el test objetivo estructurado. Rev. Educación Médica, Vol. 4, Nº2, 2001, pp 82-85
6. Echeverría Samanes, B. Gestión de la competencia profesional. Rev. Investigación Educativa, Vol. 20, Nº 1, 2002, pp 7-43
7. González,J; Wagenar, R. Tuning educational structures in Europe : final report . Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto, 2006
8. Grochans E; Jurczak A; Wieder-Huszla S; Stanislawski M; Prebendowska A. Estimation of the declared knowledge of anaesthesiology nurses concerning some chosen procedures and actions being within the scope of professional competence. Rev. Adv Med Sci; Vol. 52, Suppl 1, 2007, pp 78-80
9. Kobayashi y, R y Leite, MJ. Formación de competencias administrativas del técnico en enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Vol. 12, Nº 2, 2004, pp 35-40
10. Molins, A; Sola, M; Martínez Carretero JM. Evaluación de la competencia clínica en Enfermería. Bases conceptuales y experiencias. Rev. Enferm, Vol. 28, Nº 5,2005, pp13-18

11. Palomino, PA; Frías,A; Grande,ML; Hernández, ML; Del Pino, R. El Espacio Europeo de Educación Superior y las competencias enfermeras. Rev. Index Enfermería, Vol. 14, Nº 48-49, 2005, pp 37-45
12. Universitat Rovira i Virgili . Guia Docent . Diplomatura Campus Terres de l'Ebre. 2005. [Artículo en línea] [Consulta: 29.03.08]. Disponible en: <http://www.urv.cat/redireccionar.php?url=http://wwwa.urv.net/centres/infermeria/ca>
13. Universitat Rovira i Virgili . Informe 13: La URV davant l'espai europeu d'educació superior. Tarragona: Publicacions URV, 2007
14. Urbina, O; Otero,M y Soler, S. Evaluación de la competencia profesional del personal de Enfermería en Neonatología. Rev. Cubana Educ. Med. Super. Vol.18, Nº2, 2004, pp 12-16

POSTER 65**AUTORES/AUTHORS:**

Cristina O'Ferrall González, Cristina Gavira Fernández, José Manuel Romero Sánchez

TÍTULO/TITLE:

EVALUACIÓN DE LA ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS EN CUIDADOS DE SALUD MENTAL A TRAVÉS DE UN CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN

En las tendencias educativas actuales están adquiriendo protagonismo nuevas metodologías docentes que buscan mejorar la calidad de la enseñanza, innovando y perfeccionando la adquisición de competencias por parte de los alumnos. Dentro de la formación de pregrado la evaluación constituye un punto clave, ya que no sólo es suficiente con diseñar buenos programas docentes sino que es preciso demostrar que su aplicación capacita adecuadamente para desarrollar de manera excelente la actividad profesional. Por todo ello se hace necesario implementar nuevos métodos de evaluación que cuantifiquen, no sólo los conocimientos teóricos, sino también la capacidad del estudiante para relacionarlos e integrarlos y razonar en base a ellos ante situaciones similares a las que experimentará en su futura carrera profesional (1), así como la adquisición de habilidades y actitudes necesarias para abordarlas de manera adecuada. La resolución de casos clínicos cumple las premisas anteriores (2), por lo que las responsables de la asignatura Enfermería Psiquiátrica y de la Salud Mental de la Universidad de Cádiz llevamos utilizándola, desde hace varios años, como una de las herramientas de evaluación del rendimiento de nuestros alumnos.

OBJETIVOS

Analizar los resultados de una prueba de adquisición de competencias en cuidados de Salud Mental a través de un caso clínico.

Detectar las competencias adquiridas de manera deficitaria, mejorable y excelente.

MATERIAL Y MÉTODO

Ámbito: Enfermería docente.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Variables: Derivación a dispositivo de Salud Mental adecuado, relación del dispositivo elegido con el resto de la red de Salud Mental, Valoración de enfermería en los patrones funcionales (3) más relevantes en el caso: Seguridad-Protección, Reposo-Sueño y Rol-Relaciones, Diseño de objetivos y Selección de intervenciones de Enfermería. Cuantificación de variables: 1= Rendimiento excelente en la competencia, 0.5= Mejorable, 0= Deficiente.

Sujetos participantes: Estudio poblacional exhaustivo de todos los alumnos de la asignatura Enfermería Psiquiátrica de la Diplomatura de Enfermería de la Universidad de Cádiz que fueron evaluados con el caso seleccionado. N= 103.

Instrumentos:

- a) Caso clínico: paciente con síndrome depresivo-ansioso, con el formato: Presentación del caso (Filiación, enfermedad actual, psicopatología, antecedentes personales y familiares y genograma).
- b) Plantilla de evaluación de competencias en cuidados de Salud mental en la que el alumno debe registrar las variables citadas en relación al caso clínico.

Análisis de datos: análisis estadístico descriptivo con el programa SPSS v.14.0.

RESULTADOS

Análisis del rendimiento en la competencia:

Derivación a red de Salud Mental: $X=0.8641\pm 0.3443$;

Relación con otros dispositivos: $X=0.9369\pm 0.1777$;

Patrón funcional Seguridad-Protección:

Valoración: $X=0.8861\pm 0.3152$.

Diseño Objetivos: $X=0.7323\pm 0.4184$.

Elección de las Intervenciones: 0.6875 ± 0.4179 .

Patrón funcional Reposo-Sueño:

Valoración: $X=0.9412\pm 0.20263$.

Diseño Objetivos: $X=0.9559\pm 0.18752$.

Elección de las Intervenciones: $X=0.7206\pm 0.29495$.

Patrón funcional Rol-Relaciones:

Valoración: $X=0.7647\pm 1,20413$.

Diseño Objetivos: $X=0.5395\pm 0.41443$.

Elección de las Intervenciones: $X=0.4867\pm 0.45003$.

DISCUSIÓN

Los alumnos logran un buen rendimiento a la hora de derivar al paciente al dispositivo adecuado y relacionar éste con el resto de dispositivos de la red de Salud Mental. En cuanto al plan de cuidados, es en la valoración donde logran un mayor nivel de rendimiento. El diseño de objetivos y la elección de intervenciones obtienen una puntuación aceptable, aunque considerablemente inferior a la valoración. Detectar que estos últimos aspectos son los que ofrecen mayor dificultad para los alumnos, permitió rediseñar y optimizar el proceso de aprendizaje. El rendimiento más bajo se detecta en el patrón rol-relaciones, quizás por la escasa integración alcanzada entre la valoración del estado mental y la planificación de cuidados. Consideramos de utilidad para la docencia el empleo de esta metodología de caso clínico, tal y como avala la literatura (4,5), que permite tanto el entrenamiento en la adquisición de competencias de los alumnos como la evaluación.

IMPLICACIÓN PRÁCTICA

La entrenamiento y evaluación a través de casos clínicos es una buena forma de mejorar y valorar la adquisición de competencias haciéndola progresar del conocimiento a la aplicación práctica. Además, permite que el docente detecte los aspectos deficitarios y replantee el proceso de enseñanza-aprendizaje.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ehrenberg AC, Häggblom M. Problem-based learning in clinical nursing education: Integrating theory and practice. *Nurse Educ Pract.* 2007; 7(2): 67-74.
2. Williams SM, Beattie HJ. Problem based learning in the clinical settings - A systematic review. *Nurse Educ Today.* 2008; 28(2): 146-154.
3. Gordon M. Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación. 3ª ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999.
4. Gijbels D et al. Effects of problem-based learning: A meta-analysis from the angle of assessment. *Rev Educ Res.* 2005; 75 (1): 27-61.
5. Alonso D. Evaluación de competencias a través de la resolución de casos clínicos integrados. *Educ Med.* 2007; 10(1): 33-34.

POSTER 66**AUTORES/AUTHORS:**

Juana Perpiñá, Miguel Richart, Inmaculada Martínez, Jose Luis Gimenez, Antonio Valero, Carmen Pérez

TÍTULO/TITLE:

Análisis de la fiabilidad y validez de una escala corta de medida de la ansiedad en pacientes respiratorios

Objetivo:

Analizar la fiabilidad y validez de una versión acortada (1) del Cuestionario de Ansiedad Estado de Spielberger (STAI-e) en pacientes respiratorios.

Método:

Realizamos un estudio instrumental. Seleccionamos 70 pacientes diagnosticados de patología respiratoria, ingresados en las plantas de neumología, de 3 hospitales públicos de la provincia de Alicante. Los pacientes fueron seleccionados por un enfermero de la planta, que es quien hizo la entrevista, durante febrero-mayo de 2009. De ellos se recogió edad, sexo, nivel de estudios, forma de respuesta y diagnóstico médico. Se administraron 2 cuestionarios: la versión española del STAI-e de Spielberger (20 ítems) y una versión acortada de 7 ítems. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 14. Se realizó un análisis descriptivo de los ítems, hallando la media (SD) y el efecto techo/suelo de cada ítem. Se halló la fiabilidad por consistencia interna mediante el α -Cronbach, α -corregido, correlación ítem-test y correlación total-total. El tipo de validez analizada fue la convergente (con la escala original) y la de constructo, mediante un análisis factorial con rotación varimax.

Resultados:

La edad media de los participantes fue de 66.8 (SD 15,2), el 63 % fueron hombres, el 69 % tenían estudios primarios, el principal diagnóstico médico fue la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) seguida de la insuficiencia respiratoria aguda. El 85 % fueron ayudados por el entrevistador a cumplimentar el cuestionario.

Todos los ítems muestran efecto techo o suelo, tanto en la escala corta como en la original. En la escala corta, los ítems negativos (ansiedad ausente) muestran efecto techo, mientras que los ítems afirmativos (ansiedad presente) tienen efecto suelo. Destaca el ítem 9 (me siento angustiado) con un importante efecto suelo (60% > 15% que es el valor de referencia(2)). Sin embargo, ninguna de las escalas muestra en su conjunto efecto techo/suelo (el número de respondientes puntuando las mayores o menores puntuaciones posibles, es menor del 15% (2)).

La versión completa obtuvo un α -Cronbach de 0.90, y la versión reducida de 0.78. El ítem 1 (me siento calmado) es el que muestra mayor correlación elemento-total, pero el α -corregido si se elimina el elemento no baja, en ningún caso, de 0.74. La escala acortada correlaciona positivamente con la original (r de Pearson=0.91; $p=0.01$). El análisis factorial extrajo 2 factores que explican el 61.6 % de la varianza. Cuatro de los ítems saturan alto en el factor 1 y los otros 3 saturan alto en el factor 2. Estos factores realmente hacen referencia al mismo constructo (ansiedad), pero indican que los ítems se equilibran en ansiedad presente y ausente.

Discusión:

A la luz de los resultados, podemos decir que la escala acortada muestra similares propiedades psicométricas que la original. Este mismo resultado se obtuvo en un trabajo idéntico que realizamos, con anterioridad, en estudiantes de enfermería (3). Si consideramos la idea, defendida por algunos autores, de que pacientes debilitados física y cognitivamente tienen dificultades para contestar largos instrumentos (4), los hallazgos encontrados aportan más evidencias, no sólo de que la escala corta se puede utilizar con garantía, si no de que, por su longitud, es aplicable en este tipo de pacientes. Esto supone una ventaja para los profesionales clínicos interesados en conocer con precisión, el nivel de ansiedad autopercebido por pacientes que se encuentran debilitados. Precisamente, en la actualidad, estamos probando el comportamiento de la versión acortada del STAI-e en pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos, sometidos a ventilación mecánica, que no suelen estar en condiciones de responder largos cuestionarios, y para los que la escala tiene probada validez de contenido (5).

Este trabajo forma parte de un proyecto de investigación más amplio, financiado por el FIS (PI06/90476)

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. 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.

2. Terwee C, Bot S, De Boer M, Van Der Windt D, Knol D, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol* 2007;60:34-42.

3. Perpiñá J, Richart M, Martínez I, Balboa S. Análisis de fiabilidad y validez de una escala corta de medida de la ansiedad en estudiantes de enfermería. Libro de ponencias del XXXV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Valladolid del 7 al 10 de junio de 2009.

4. Chlan L. Effectiveness of a music therapy intervention on relaxation and anxiety for patients receiving ventilatory assistance. *Heart Lung* 1998; 27:169-76.

5. Perpiñá J, Richart M, Martínez I, Perpiñá C, López J, Balboa S. Validez de contenido de una escala corta de medida de la ansiedad en pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica invasiva. Libro de ponencias del XII Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería (Investén-isciii). Córdoba del 12 al 15 de noviembre de 2008.

POSTER 67**AUTORES/AUTHORS:**

Elvinia Pinilla Gómez, Luis Carlos Orozco

TÍTULO/TITLE:

Eficacia de la intervención de enfermería ¿Cuidados en el embarazo de alto riesgo? en gestantes de alto riesgo

En la gestación se pueden generar condiciones que afecten la salud de la madre o el feto, y por tanto, se considerarían de alto riesgo¹. Este constituye el 10-20% del total de embarazos y es el responsable del 75% de la morbilidad y mortalidad del feto y del recién nacido². En Colombia, la Mortalidad Materna, fue de 104,9 por 100.000 nacidos vivos⁴. Enfermería cuenta con el proceso de enfermería⁵ como herramienta fundamental para brindar cuidado a la gestante. NANDA, define el diagnóstico ¿Riesgo de lesión? como la consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona⁶. Para la ejecución de actividades de enfermería se cuenta con la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE)⁷, entre ellas: ¿Cuidado del embarazo de alto riesgo? definido como identificación y manejo de un embarazo de alto riesgo para fomentar los resultados debidos en la madre y el bebé⁷. Esta intervención se evalúa con la etiqueta de resultado ¿Control del riesgo? definida como acciones personales para eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables⁸. Diversas investigaciones muestran que el diagnóstico Riesgo de Lesión es uno de los más prevalentes en gestantes de alto riesgo; al investigar la eficacia de la intervención cuidados en el embarazo de alto riesgo, se podrán dar pautas en el manejo de enfermería a estas gestantes^{3,9,10,11}. El Objetivo era Determinar la eficacia de la intervención de enfermería ¿Cuidados en el embarazo de alto riesgo?, para el diagnóstico Riesgo de lesión en gestantes de alto riesgo. Metodología: Ensayo Clínico Controlado. La población objeto fueron gestantes de alto riesgo del Hospital Universitario de Santander, de Bucaramanga (Colombia). La muestra fueron 15 personas intervenidas y 30 no intervenidas. Se aplicó un formato de valoración validado, teniendo en cuenta solo la valoración para el diagnóstico Riesgo de Lesión. Al grupo control se les realizaron las actividades cotidianas y una visita de valoración. Al grupo intervenido se le aplicó la intervención Cuidados en el embarazo de alto riesgo, en 4 sesiones con intervalo de 2 días. La variable de salida fue el puntaje promedio final de la etiqueta de resultado CRE ¿control del riesgo? medidos en escala tipo Likert. Fueron evaluadas una vez identificado el diagnóstico de Riesgo de Lesión por medio del CRE inicial y 15 días después de la intervención, el CRE final. El análisis se realizó por covarianza, luego se ajustó por las variables más relevantes, se calculó alpha de cronbach, número necesario a tratar y correlación de CRE inicial con CRE final. Resultados: población elegible 102 gestantes, se aleatorizaron 45; 15 al grupo intervenido y 30 al grupo no intervenido. En el no intervenido hubo 3 pérdidas y se analizaron 27 gestantes. Las características de las gestantes son similares entre los grupos, sobresalen la convivencia con pareja estable y el promedio de edad gestacional que para el grupo intervenido fue de 29.3 semanas y para el grupo no intervenido fue de 31 semanas. El 80% de los dos grupos tenían seguridad social. El 60% de ambos grupos reconocieron los signos de alarma: salida de líquido amniótico y sangrado vaginal; y un 13,3% reconocían la disminución de movimientos fetales, como signo para consultar al profesional de salud. Dentro de los factores de riesgo modificables, la inasistencia a controles prenatales es significativa con un 80% en ambos grupos; el consumo de café fue 66.7% para el grupo intervenido y 60% para el no intervenido. La principal complicación médica fue Amenaza de parto prematuro con un 60% en el grupo intervenido y un 20% en el grupo no intervenido. El promedio del CRE inicial para el grupo intervenido fue de 2.01 y el CRE final de 2.69 posterior a la intervención; en el grupo no intervenido el CRE inicial fue de 2.12 y el CRE final de 2.20. En el análisis de covarianza (ANCOVA) el aumento del CRE final estuvo en 0.57 y al ajustarlo por las variables retardo de crecimiento intrauterino y ruptura prematura de membranas, aumentó a 0.62. El cálculo del NNT fue de 1.36 con un intervalo de confianza del 95%, un alpha de cronbach 0.61 en el CRE inicial y 0.86 en el CRE final y una correlación de 0.41. Discusión: es el primer ECC que se realiza para determinar la eficacia de la intervención de enfermería ¿cuidados en el embarazo de alto riesgo? en el diagnóstico riesgo de lesión en gestantes. El aumento del CRE final en los dos grupos, muestra la eficacia de la intervención, aunque el Delta de diferencia entre los CRE no fue de 1 como se esperaba. Comparado con otros estudios, el consumo de café¹¹, la no asistencia a controles prenatales y el reconocer los signos de alarma más comunes: salida de líquido amniótico y sangrado vaginal¹², son factores modificables que podrían incrementar la morbimortalidad materna y perinatal. Conclusión: se confirma que la intervención de enfermería cuidados en el embarazo de alto riesgo es eficaz para el manejo del diagnóstico riesgo de lesión en gestantes de alto riesgo, porque se genera un impacto favorable en esta población mejorando la calidad del cuidado a la mujer y su familia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Herrera J. Evaluación del riesgo obstétrico en el cuidado prenatal, Universidad del Valle, Cali, Colombia, Colomb Med 2002; 33:

21-25

2. Cortés J. Diez principales causas de embarazo de alto riesgo en el Hospital de Colima en el 2004, Colima, Col. 2006, disponible en: <http://digeset.ucol.mx/>.
3. González M, Mejía A. Caracterización de las gestantes que presentaron complicaciones en la Clínica Villa Pilar y en la ESE Rita Arango Álvarez, Universidad de Caldas, Manizales, 2006. p. 19-26 disponible en: http://aniorte.eresmas.com/archivos/trabaj_investigac_complicac_gestant_complet.pdf.
4. Guías de manejo Ginecoobstetricia. UIS- HUS. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander, Ediciones UIS; 2006. p.13, 42.
5. Cáceres F, Bohórquez F, Puerto H, Hernández D. Eficacia de las intervenciones de enfermería para disminuir el temor en personas que inician tratamiento para el cáncer. Ensayo clínico controlado. MedUNAB. Disponible en: http://caribdis.unab.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/REVISTAMEDUNAB/NUMEROSANTERIORES/REVISTA721/OP_2.PDF
6. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008. Madrid: Elsevier; 2008. p. 129
7. McCloskey D, Bulechek, GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2005 p. 282
8. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). 3a ed. Madrid: Elsevier; 2005. p 266
9. Pinilla E, Orozco LC, Fajardo M, Blanco E, Gómez E, Martínez M, Meléndez S, Navarro JJ. Prevalencia de diagnósticos de enfermería en las gestantes de alto riesgo. Escuela de Enfermería. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga- Colombia; 2007. En prensa.
10. Rios JC, McEwen JG, Cuartas A y col. Evaluación del efecto de cuatro polimorfismos en el gen del receptor adrenérgico B-2 en el parto pretérmino. Colomb Med. 2008; 39:7-15.
11. Bech BH, Obel C, Henriksen TB, Olsen J. Effect of reducing caffeine intake on birth weight and length of gestation: randomized controlled trial. BMJ. 2007 24;334:409.
12. Díaz L, Cáceres F, Pérez L, Becerra C. Causas y determinantes de la mortalidad perinatal, Bucaramanga. MedUNAB 2000; 3:5-16.

POSTER 68**AUTORES/AUTHORS:**

M^a Magdalena Lladó Blanch, Núria Puig Girbau, Guillem Pera Blanco, Manuel Medina Peralta, Roser Riera Torres, Ana M^a Gómez Saldaña, Josep-Anton De La Fuente Cadenas, M^a Carmen Seco Salcedo, Pedro Toran Monserrat

TÍTULO/TITLE:

ACTUACIÓN COMUNITARIA GRUPAL PARA AUMENTAR LA EFICIENCIA DEL CONTROL EN PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR

OBJETIVO: Evaluar si con la terapia grupal de prevención primaria y secundaria del riesgo cardiovascular (RCV) no existen diferencias, o incluso mejora, el control de los pacientes crónicos con RCV medio, alto y muy alto comparada con la terapia individual convencional, tanto en pacientes con diabetes(DM) como sin diabetes, durante 1 año en 7 Equipos de Atención Primaria (EAP) de una Región Sanitaria de Catalunya.

METODO: Estudio multicéntrico de intervención terapéutica, en dos ramas, de asignación aleatoria. El grupo intervención(GI) estaba constituido por los pacientes que recibieron terapia grupal mediante 4 sesiones de 45 minutos especialmente diseñadas para los grupos de RCV estratificados: medio, alto, alto con DM, muy alto y muy alto con DM. Las sesiones grupales fueron conducidas por sus enfermeras referentes. Por cada paciente del grupo estratificado se asignó un paciente al grupo control (GC) del mismo centro, edad, sexo y RCV. Estos pacientes se siguieron atendiendo en consulta individual convencional.

RESULTADOS: De los 5684 pacientes que estaban incluidos en el protocolo de enfermedades cardiovasculares de los EAP sólo 2024 cumplieron criterios de inclusión (básicamente por que no eran controlados en los respectivos EAP). Sólo el 51,3% de los pacientes asignados aleatoriamente al GI aceptaron participar en las sesiones grupales. Los hombres jóvenes y las personas de los grupos de riesgo más altos fueron los menos proclives a participar en las sesiones. La edad media de los participantes al estudio fue 65,7 años (rango 19-95) y el 59,4% eran hombres, distribuyéndose en 1352 controles (519 pacientes que rechazaron estar al GI y 883 controles asignados aleatoriamente) y 672 pacientes del GI. Excluyendo los 519 pacientes que rechazaron estar al GI, los 883 pacientes del GC fueron ligeramente mas jóvenes (67,5 vs 68,7, p=0,01) que los 672 del GI sin otras diferencias relevantes.

Se han llevado a cabo 154 sesiones grupales entre los 7 EAP en el periodo Noviembre 07-Enero 09, repartidas en 4 ?sesiones tipos? diferentes a lo largo del año. La tasa de participación a las sesiones ha declinado a lo largo del año (88%, 67%, 62% y 55%), teniendo en cuenta que se permitía la ausencia a una sesión por cada paciente sin perder la pertenencia al GI. El número medio de participantes por sesión ha sido de 9 (rango 4-21). La satisfacción de los pacientes del GI respecto a las sesiones fue muy buena valorando, sobre 5, el contenido (4,7), sesiones agradables (4,6), duración de la sesión (4,4) y horario (4,4).

El número medio de visitas en un año para cualquier motivo y a cualquier estamento fue de 18 en el GC y 21 en el GI, incluyendo en estas las 4 sesiones anuales.

No se encontraron diferencias significativas en el aumento ni en el valor final de la tensión arterial, el colesterol, la glicosilada o el IMC.

DISCUSION: Las sesiones grupales para el control del RCV han sido bien valoradas y suponen un ahorro de 40 minutos de visita por paciente año, sin modificar el grado de control de su enfermedad, siendo, pues, mas eficientes que las visitas de control individual. Así mismo, hace falta seleccionar el perfil de personas para llevar a cabo las sesiones grupales, teniendo en cuenta que las de mayor riesgo y hombres jóvenes no son proclives a participar.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Villar F, Maiques A, Brotons C, Torcal J, Lorenzo A, Vilaseca J et al. Prevención cardiovascular en atención primaria. Aten Primaria. 2001; 28. Supl. 2: 13-26.
2. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on coronary prevention. Eur Heart J. 1998; 19:1434-1503.
3. Marrugat J, Solanas P, D'Agostino R, Sullivan L, Ordovas J, Cerdán F et al. Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada. Rev Esp Cardiol. 2003; 56: 253-261.
4. Pyörälä K, Wood DA. Risk prediction in Europe-SCORE final report. Symposium at the European Society of Cardiology-XXIII Congress. Estockholm, 1-5th september 2001.
5. Krns HMJ, Porta M, Staehr-Johansen K. Diabetes care and research in Europe: The St. Vincent Declaration Programme.

Implementation document. 2n edition. WHO Europe/IDF. 1995.

6. Seco MC, Puig MN, Toran C, Castaño M. Mejora de la eficiencia asistencial mediante análisis de métodos y tiempos. Experiencia en una consulta de enfermería. *Enfermería Clínica*. 1998; 8(1):13-23.
7. Seco MC, Puig MN, Fariña FJ. Implicación de los profesionales en la gestión de recursos. *Enfermería Clínica*. 2000; 10(1): 14-18.
8. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J et al. Tercer Grupo de Trabajo de las sociedades europeas y otras sociedades sobre prevención cardiovascular en la práctica clínica (constituido por representantes de 8 sociedades y expertos invitados). Resumen Ejecutivo. Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. *Clin Invest Arterioscl*. 2005; 17(1):19-33.
9. Brotons C, Royo-Bordonada MA, Alvarez-Sala L, Armario P, Artigao R, Conthe P et al, como Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC). Adaptación Española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular. Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica. 2004; páginas 1-45.
10. Mata M, Mundet X, Méndez A. Grupo de estudio de la Diabetes en Atención Primaria de Salud (GEDAPS). Conceptos básicos de Mejora Continua de la Calidad aplicados a la atención a la diabetes. *Educación Diabetológica Profesional*. 1996; VI(3): 14-17.
11. Inglada M. El paper de la infermeria a l'atenció primària. *AQD Infermeria*. 1997; març: 4-5.
12. The Nüremberg Code (1947). In: Mitscherlich A, Mielke F. *Doctors of infamy: The story of the Nazi medical crimes*. New York: Schuman, 1949.

POSTER 69**AUTORES/AUTHORS:**

Montserrat Puig Llobet, Maria Teresa LLuch Canut, Nuria Rodriguez Avila, Jaume Farràs Farràs

TÍTULO/TITLE:

Calidad de vida, felicidad y satisfacción con la vida en los mayores de 75 años atendidos por un servicio de Atención Do

Objetivo: Detectar los diferentes elementos que participan en la calidad de vida, la satisfacción con la vida y el sentimiento de felicidad en las personas mayores dependientes de 75 años y más atendidos por un servicio de Atención Domiciliaria de Enfermería (ATDOM).

Métodos: El diseño utilizado fue un estudio de caso. La muestra se construyó de forma proporcional a partir de la distribución de la población de personas mayores de 75 y más años de la ciudad de Vilafranca del Penedès que eran atendidos por el servicio de Atención Domiciliaria de Enfermería. Se intentó mantener al máximo posible la estructura de población de la ciudad. La muestra quedo configurada por 26 personas mayores dependientes de 75 años y más (16 mujeres y 10 hombres). Los criterios de inclusión fueron: vivir en la ciudad de Vilafranca del Penedès, tener 75 y más años y estar adscritos al programa ATDOM.

Las variables estudiadas fueron: a) concepto de calidad de vida; b) percepción de calidad de vida; c) elementos relacionados con la percepción de calidad de vida y con la satisfacción con la vida d) sentimiento de felicidad y e) satisfacción de necesidades. La técnica utilizada fue la entrevista cara a cara a partir de un protocolo de preguntas abiertas y semiabiertas. Dichas entrevistas se realizaron en 2007. Los datos fueron analizados a partir del análisis de contenido y de la agrupación por categorías.

Resultados: La mayoría de mayores percibe una buena calidad de vida, y lo relaciona principalmente con la adaptación. La concepción de la calidad de vida engloba los siguientes conceptos: salud, relaciones familiares, relaciones sociales, recursos, adaptación, amor y compañía. En relación a la percepción de felicidad, se observa que una parte importante de mayores, se muestran bastantes felices. Las actividades que más precisan de cuidador son la actividad de higiene (ABVD) y la de ayuda para realizar las compras (AIVD). Las necesidades no satisfechas en el momento actual de su vida, son sobre todo el no poder caminar y trasladarse, y la falta de salud. En general los entrevistados están bastante satisfechos con su vida actual y con su vida familiar, aunque les gustaría poder ser más autónomos.

Discusión: A pesar de sus limitaciones, la mayoría de mayores presentaron una buena percepción de calidad de vida, estaban satisfechos con su vida y se mostraron bastante felices. Dichos resultados también se han identificado en otros estudios (1,2,3,4). La capacidad de adaptación a las circunstancias y al rol social que ocupan, es un elemento importante a tener en cuenta en la satisfacción con la vida y en la valoración de la calidad de vida de estos mayores. Desde la perspectiva sociológica, está situación se explica desde el funcionamiento de roles del funcionalismo (5) y la teoría social de la Desvinculación de Cumming y Henry (6). Sin embargo, ello no implica que no sea necesario mejorar ciertos aspectos en el estilo y calidad de vida del mayor dependiente. Las implicaciones en la práctica enfermera se relacionan con la función que cumple el servicio ATDOM en la detección de la calidad de vida y en la atención a las necesidades de las personas mayores dependientes atendidas en su domicilio.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Sastre, M.J; Nyssen, J.M; Furio, D; Durán, M.C; Garrido,B; Toledo, A; Belmonte, I; Bartolomé, E. Indicadores de calidad de vida. Un retrato del bienestar en España. Opiniones y actitudes 47. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2003.
2. Fundació Viure i Conviure. Qualitat de vida de les persones grans a Catalunya. Barcelona: Caixa Catalunya. Obra Social; 2006.
3. IMSERSO. Informe 2006: Las personas mayores en España. Observatorio de las personas mayores. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO; 2007.
4. Fernández-Mayoralas G; Rojo F; Prieto M.E; León B; Martínez P; Forjaz M. J; Frades B; García C. El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores. IMSERSO; 2007. Disponible en <http://imsermayores.csic.es/documentos/documentos/fernandezmayoralas-significado-01.pdf>. Acceso 03/07/2009.
5. Parsons, T. El sistema Social. Madrid: Alianza; 1999.
6. Cummings E; Henry W. Growing old: The process of disengagement. New York: Basic Books; 1961.

POSTER 70**AUTORES/AUTHORS:**

Ana Quero, Luzmary Reyes

TÍTULO/TITLE:

Cuidado y Manejo del Neonato que recibe Oxigenoterapia a través de Oxihood o CPAP en un Hospital tipo IV

La Oxigenoterapia a través de Oxihood o CPAP nasal es una indicación médica frecuente para tratar las patologías de índole respiratorio que ocupan la 3era. causa morbi-mortalidad en los neonatos a nivel mundial (según datos aportados por la Organización de las Naciones Unidas en el 2002), el cuidado y manejo de este tratamiento está a cargo de los profesionales de Enfermería que se desempeñan en el área Neonatal.

El objetivo fue Diseñar un Programa Educativo sobre los Cuidados de Enfermería al neonato que recibe oxigenoterapia a través de Oxihood y CPAP.

Método: estudio tipo Proyecto Factible, descriptivo, de campo, de corte transversal. Se aplicó un instrumento, con preguntas dicotómicas (Si ? No) a 21 Profesionales adscritos a la Unidad de Neonatología que conformaron la población y muestra; fue estructurado en 03 partes con 35 ítems: Caracterización de la Muestra, Cuidados al Neonato que recibe oxigenoterapia y Factibilidad de un Programa para la Formación y Actualización del Profesional; fue sometido a juicio de expertos para su validación; la confiabilidad del mismo se realizó mediante el Método de Fiabilidad Coeficiente de Cronbach obteniendo un valor de 0,823 considerado aceptable.

Resultados: Los resultados evidenciaron que, aunque los Profesionales proporcionan Cuidados al neonato, el 95% desconocen las bases fisiopatológicas que involucran el funcionamiento de la terapéutica, lo cual pudiera colocar en riesgo la calidad del cuidado, además no cuentan en la Unidad con los equipos de monitorización continua, material e instrumentos necesarios. Al profesional de Enfermería que labora en la unidad de Neonatología se le dificulta la identificación de los signos de intoxicación por oxígeno en el neonato porque a pesar de saber que éste puede llegar a ser tóxico, desconoce las diversas afecciones que se pueden desencadenar de una oxigenoterapia administrada de forma inadecuada. Así mismo se confirma que es factible la elaboración y aplicación de Programas de capacitación y actualización.

Conclusiones: Basado en los resultados obtenidos, luego de su tabulación y análisis, se determinó que el profesional de Enfermería que labora en la Unidad de Neonatología al administrar las técnicas de Oxigenoterapia a través de Oxi-hood y CPAP lo realiza aplicando cuidados aprendidos en el día a día sin una base de conocimientos científicos en principios fisiopatológicos.

Recomendaciones: Orientar al Profesional adscrito a la Unidad la importancia de proporcionar un Cuidado de Calidad, con bases fundamentadas, que no solo incluya el aprendizaje empírico; Incentivar al profesional de Enfermería a participar en jornadas, congresos, especialidades académicas entre otras con la finalidad de mantenerse actualizado sobre las diferentes técnicas de la Oxigenoterapia; Instar a los entes empleadores a que garanticen que el personal de enfermería tenga acceso a los instrumentos, equipos y materiales necesarios para brindar un cuidado de calidad al neonato que recibe oxigenoterapia; Luego de la aprobación de esta propuesta por las autoridades institucionales se deberá dar inicio a su ejecución lo antes posible; Invitar a los representantes de otros centros de salud y Universidades para que participen en el desarrollo y ejecución de la Propuesta.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1-. DEACON, J. Patologías Cardio ? Pulmonares Neonatales. Editorial Saunders. Michigan 2001.
- 2-. FLETCHER, M y Colbs. Neonatología: Fisiopatología y Manejo del Recién Nacido. Editorial Panamericana. 5ta. Edición. Argentina 2001.
- 3-. QUEVEDO, A. El niño en estado crítico. Publicado por Corporación para Investigaciones Biológicas, 2001.
- 4-. TAMEZ y SILVA. Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. II Edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aire 2004.
- 5-. TORRES, A. Cuidados Intensivos Respiratorios para Enfermería. Editorial Springer ? Verlag Ibérica. España 1997.
- 6-. Ley del Ejercicio del Profesional de Enfermería Venezolana. Capítulo IV De los deberes y derechos de los o las profesionales de Enfermería. 2002.
- 7-. Código Deontológico Internacional. Adoptado por el Consejo Internacional de Enfermería, Sao Paulo 10 de julio de 1953
- 8-. Ferrer y Colbs (2008) Perfil Ocupacional del Licenciado en Enfermería en relación al cuidado del Neonato.
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1181/1/Perfil-ocupacional-del-licenciado-en-Enfermeria-en-relacion-al-cuidado>

-del-neonato.html.

9-. Instituto Nacional de Estadísticas (2000-2007). <http://www.ine.gov.ve/registrosvital/resnacimiento.asp>;
<http://www.ine.gov.ve/registrosvital/mortalidad/TMNPCSEfederal.htm>.

POSTER 72**AUTORES/AUTHORS:**

FRANCISCO RAMOS CUENCA, AUXILIADORA OQUIÑENA CONTIN, MONTSERRAT RINCÓN CUENCA, ALBERTO OLIVER LA CHICA, GEMMA ZORRILLA FERNÁNDEZ, ISABEL CATALÁN FRANCÉS

TÍTULO/TITLE:

Troponina I, resultados obtenidos de catéteres venosos periféricos comparados con venopunción directa

Los profesionales de enfermería, hemos adquirido procedimientos para obtener muestras de sangre de catéteres venosos y arteriales que simultáneamente están siendo utilizados para infusión de sueros y fármacos.

En el medio hospitalario, se objetiva un aumento en la utilización de catéteres venosos periféricos para realizar extracciones sanguíneas, a pesar de no existir aún consenso generalizado sobre su utilización.

En la unidad de observación de urgencias, una de las causas más frecuentes de ingreso es el dolor torácico, generalmente a estos pacientes se les canaliza un catéter venoso periférico, para la administración de sueros y fármacos y se les solicita analíticas seriadas de Troponina I cardíaca. Pretendemos conocer si hay acuerdo entre los resultados de Troponina I extraídos por venopunción directa y los obtenidos de los catéteres venosos periféricos.

Objetivo:

Conocer la efectividad de un método de extracción de muestras de Troponina I obtenidas a través de un catéter venoso periférico.

Pacientes, material y metodología:

El estudio se realizó en el área de observación de urgencias, se incluyeron 80 pacientes que tenían solicitadas muestras sanguíneas para análisis de Troponina I. Las extracciones se realizaron de los catéteres venosos periféricos que estaban siendo utilizados para infundir sueros y fármacos a través de la llave de tres pasos, desechando 4 ml. antes de la extracción de sangre necesaria, simultáneamente se obtuvo la otra muestra por venopunción en el brazo contralateral.

Análisis de datos:

Para evaluar la concordancia entre las dos variables cuantitativas se utilizó el coeficiente de correlación intraclase, se utilizó procedimiento gráfico alternativo propuesto por Bland JM y Altman DG y análisis de regresión multivariante. Resultados:

La muestra fue de 80 pacientes, 48 hombres y 32 mujeres con una media de edad de 65,7 años, el motivo de ingreso en 57 casos fue dolor torácico, que representó el 71,3%.

El calibre del catéter venoso periférico más utilizado fue 18 Gauge en 74 de los casos, el tiempo transcurrido desde la colocación del catéter venoso periférico hasta la extracción ha sido de 7,3 horas de media.

Los sueros empleados fueron fisiológico, glucosalino y mayoritariamente glucosa 5% en 78,8%, la medicación más empleada fue nitroglicerina en el 63,8% de los casos.

Para el procesado de las muestras sanguíneas se utilizaron dos métodos; 23 pares de muestras sanguíneas fueron congeladas y procesadas con la misma calibración de analizador y 57 pares de muestras que fueron analizadas con las diferentes calibraciones, durante el año que duró la fase de extracciones.

No se encontraron diferencias significativas tanto en valores negativos, como en 19 casos que fueron valores positivos.

El coeficiente de correlación intraclase para las 80 pares de muestras de Troponina I ha sido de 0,999, considerándose > 0,90 como muy buena concordancia entre ambas mediciones.

Discusión:

Los valores obtenidos por punción, han tendido a tomar valores ligeramente superiores que los obtenidos de los catéteres venosos periféricos.

No tuvimos en cuenta el estado de coagulación previo de los pacientes, González y cols. no encontraron diferencias significativas en 71 pacientes, que previamente se encontraban anticoagulados o antiagregados.

En el procedimiento que se empleó, no se interrumpió la perfusión de sueros y/o medicación como aplicaron Corbo o Granados, se utilizó la técnica del desecho, cerrando el dispositivo en el momento de realizar la extracción. Tampoco se tuvo en cuenta el tiempo transcurrido desde la última medicación como consideró Granados.

Creemos necesario nuevos estudios que amplíen conocimientos, sobre la influencia en los resultados de Troponina I, que pueden tener otros factores, como la administración de fármacos no incluidos en nuestro estudio.

Los resultados de nuestro estudio se pueden aplicar en el medio hospitalario, en condiciones de realización y metodología similar a la empleada.

Conclusiones:

El procedimiento empleado es un método seguro, para conseguir muestras sanguíneas para análisis de Troponina I.
Este procedimiento reduce el número de punciones venosas a los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Bassan R, Gibler W B. Unidades de dolor torácico: estado actual del manejo de pacientes con dolor torácico en los servicios de urgencias. *Rev Esp Cardiol* 2001 Sep; 54(9): 1103-1109.
2. Mayo DJ, Dimond EP, Kramer W, Horne MK 3rd. Discard volumes necessary for clinically useful coagulation studies from heparinized Hickman catheters. *Oncol Nurs Forum*. 1996 May; 23(4): 671-675.
3. Odum L, Drenck NE. Blood sampling for biochemical analysis from central venous catheters: minimizing the volume of discarded blood. *Clin Chem Lab Med*. 2002 Feb; 40(2):152-155.
4. Laxson CJ, Titler MG. Drawing coagulation studies from arterial lines: an integrative literature review. *Am J Crit Care*. 1994 Jan; 3(1): 16-22.
5. Moureau N. Vascular safety: It's all about PICCs. *Nursing Management* by Lippincott Williams & Wilkins, Inc. 2006 May; 37(5): 22-27.
6. Mohler M, Sato Y, Bobick K, Wise L. The reliability of blood sampling from peripheral intravenous infusion lines. *Journal of Intravenous Nursing*. 1998 Jul/ Aug; 21(4): 209-214.
7. Powers JM. Obtaining blood samples for coagulation studies from a normal saline lock. *American Journal of Critical Care*. 1999 Jul; 8(4): 250-253.
8. Fincher RK, Strong JS, Jackson JL. Accuracy of measurements of hemoglobin and potassium in blood samples from peripheral catheters. *American Journal of Critical Care* 1998 Nov; 7(6): 439-443.
9. Granados Gámez F, Granados Gámez G, Gómez Rubio J, Caparrós Cortés G, Pícher Vidal D, Gómez Gómez P. Concordancia entre los valores analíticos de las muestras de sangre extraídas a través de catéter periférico y las de punción directa. *Enfermería Clínica*. 2003 Enero; 13 (1): 1-6.
10. Corbo J, Lequan F, Silver M, Atallah H, Bijur P. Comparison of laboratory values obtained by phlebotomy versus saline lock devices. *Academic emergency medicine*. 2007; 14(1): 23-28.
11. González M, López R, De Cos G, Dierssen T, Redondo C. Comparación de los resultados de marcadores miocárdicos utilizando dos métodos de extracción (punción directa y catéter periférico). *Revista digital de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias*. 2003; Disponible en: <http://www.enferurg.com/enlaces/enlaces.htm>. [Consultado Octubre 2008].
12. García de la Villa B, Díaz-Buschmann I, Jurado J A, García R, Parra F J, Medina J. Valor de la troponina I cardíaca como prueba diagnóstica en el estudio del dolor torácico. *Rev Esp Cardiol* 1998 Feb; 51(2): 122-128.

POSTER 74**AUTORES/AUTHORS:**

Almudena Rodríguez González, Fátima Carolina González Rodríguez, M^a Carmen Navarro Rodríguez, Milagros Torres García

TÍTULO/TITLE:

Conocimientos y actitudes sobre la lactancia materna de embarazadas atendidas en Zonas Básicas de Gran Canaria

1. Objetivos

- * Describir la población de mujeres embarazadas atendidas de Mayo a Julio de 2008 en Zonas Básicas del Norte de la isla de Gran Canaria (Guía, Gáldar y Arucas).
- * Identificar conocimientos sobre lactancia materna y ley maternal.
- * Identificar las preocupaciones y percepciones de la mujer embarazada.
- * Identificar la actitud de las mujeres para dar el pecho.

2. Métodos

Diseño: Estudio observacional, descriptivo, transversal.

Población: para realizar este estudio se ha contado con la participación de las mujeres embarazadas que acudieron el mes de julio de 2008 a los servicios de Atención Primaria de las Zonas Básicas de Gáldar, Guía y Arucas (n= 85).

Método de recogida de datos: cuestionario realizado en los Centros de Salud de Arucas, Guía y Gáldar.

Análisis estadístico: se realizó un listado de frecuencias de las variables cualitativas y se calcularon las medidas de tendencia central y dispersión de las variables cuantitativas. Se analizó la posible asociación entre las variables de estudio mediante la prueba de la Ji-Dos, partiendo siempre de la independencia de las variables. Para la informatización de los datos y el análisis estadístico de los mismos se empleó el programa SPSS 14.1.

3. Resultados

Las mujeres del estudio presentan una media de edad de 29,6 años ($\pm 6,5$) y un nivel socioeconómico medio. Estas mujeres se encuentran en una edad gestacional comprendida entre la 7^a semana y 40,5 semanas de embarazo.

Más de la mitad (60%) trabaja fuera de su domicilio, y el 94,1 % de sus parejas son activos laboralmente, dedicándose la mayoría al sector servicios.

Casi la globalidad de las gestantes tiene la intención de amamantar a su bebé (92,9%). Se observó una asociación estadísticamente significativa entre dicha intención y sus conocimientos acerca de las consecuencias de la lactancia en la prevención de la obesidad infantil y las alergias, así como con su papel como protector de la salud de la madre.

La mayoría conoce los beneficios y perjuicios de amamantar. Un elevado porcentaje (95 %), piensa que la ingesta de alcohol interfiere en la lactancia materna.

Casi la totalidad de las mujeres conoce los derechos que le ofrece la Ley Maternal, siendo los aspectos más identificados, la duración del permiso maternal, el derecho a la excedencia para dedicarse al cuidado de su hijo menor de 3 años, y el derecho a la hora de lactancia; mientras que el derecho a unir el mes de vacaciones al permiso maternal, aunque pertenezca al año anterior, sólo fue identificado por un 40,3 % de la población.

Casi un 60% de las mujeres no percibe la lactancia materna a demanda como un problema, ni consideran un problema que les reste tiempo personal. Al 47,5% les preocupa poco o nada los problemas que la lactancia pueda ocasionar en sus respectivos trabajos. Alrededor del 70% de las encuestadas no percibe como problemas el dar de mamar al niño fuera del hogar o en sitios públicos, ni que la leche pueda producir olor y manchas en la ropa de la madre. Por último, destacar que a casi un 30% de las mujeres les preocupa la posible escasa participación de sus parejas en la alimentación del niño.

Sin embargo un alto porcentaje percibe un gran apoyo en otros aspectos no relacionados con la lactancia, como son la ayuda económica, las tareas del hogar y la educación de los niños

En cuanto al apoyo percibido por las mujeres encuestadas, casi la mitad de las embarazadas que trabajan (48,4%) percibe apoyo para la lactancia materna por parte de la empresa.

El 52,7 % de las gestantes percibe que puede recibir apoyo de las consultas de enfermería y/o matrona; por el contrario, el 29,7% estima que no le servirá de ayuda estas consultas.

4. Discusión

La lactancia materna es un factor muy beneficioso tanto para la madre como para el niño, esto se demuestra en numerosos estudios publicados 1,2,3, observándose una menor morbilidad en los niños alimentados con lactancia materna exclusiva que en niños alimentados con leche artificial, además el amamantamiento favorece la relación afectiva materno-filial.

En nuestro estudio, podemos observar que la lactancia a demanda del niño no es percibido como un problema, así como el tiempo personal que resta a la madre; sin embargo sí preocupa algo más los problemas que la lactancia materna pueda ocasionar en el trabajo de la mujer.

Algunos estudios realizados demuestran que el apoyo familiar es primordial en el mantenimiento de la lactancia materna 4,5,6. En este trabajo podemos observar que la mayoría de las embarazadas refieren sentirse apoyada por su pareja, en segundo lugar aparece la ayuda de los padres y en tercer lugar, la contribución de otros familiares y amigos.

Otro dato importante a tener en cuenta es la existencia de una proporción considerable de mujeres que consideran nula la ayuda que puede prestarles el personal sanitario del centro de salud al que pertenece. En este sentido nos parecería interesante desarrollar en los Centros de Salud iniciativas similares a las que llevan a cabo los Hospitales Amigo de las Madres y de los Niños⁷, los cuales se basan en los diez pasos hacia una feliz lactancia natural.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

1. Martínez Rubio A. Ventajas de la lactancia materna para la madre. Monografías de la lactancia materna nº 5. Lactancia materna: guía para profesionales; Barcelona; 2004.
2. León Cava N., Lutter C., Ross J., Martín L. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. Fundación LACT-MAT, Buenos Aires, 2002.
3. Delgado-Becerra A., Arroyo-Cabrales L.M., Díaz-García M.A., Quezada-Salazar C.A. Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. Bol. MED. Hosp. Infant. Mex. 2006; 63; enero; 31-39.
4. Elgueta Noy S., Paz Guzmán P. Lactancia materna: Impacto de la consulta de apoyo a la madre que trabaja. Revista latino-americana Enfermagen 1998; 6 (3); 61-70.
5. Durán Menéndez R., Villegas Cruz D., Sobrado Rosales Z., Almanza Mas M. Factores psicosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna. Rev. Cubana Pediatría 1999; 71 (2); 72-9.
6. Gamboa E.M., López N., Prada G.E., Gallo K. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con la lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. Revista Chilena de nutrición 2008; 35 (1); 43-52.
7. Sanabria M., Coronel J., Díaz C., Salinas C., Sartori J. Perfil de la lactancia materna en cuatro servicios de referencia neonatal. Artículo de Archivos de Pediatría del Uruguay 2005; 76 (4).

POSTER 75**AUTORES/AUTHORS:**

LAURA RODRÍGUEZ OLALLA, GUADALUPE PASTOR MORENO, ANA DOMÍNGUEZ MAESO

TÍTULO/TITLE:

Embarazadas obesas de alto riesgo, adhesión a un programa de nutrición postparto

INTRODUCCIÓN

El sobrepeso (IMC:>25) y la obesidad (IMC:>30) son dos comprobados factores de riesgo que pueden desencadenar en diversas complicaciones durante el embarazo, sin mencionar las que acarrearán de por sí al estado de salud general. Asimismo, recientes estudios van más allá, y nos indican que la dieta de la madre puede afectar la composición corporal del feto, modulando aspectos de la salud y del desarrollo del niño en los primeros tiempos e incluso en la vida adulta^{1,2}. Es por ello que la paciente que inicia su gestación con un peso corporal en el rango de sobrepeso u obesidad enfrenta retos importantes. El desafío fundamental es el de controlar la ganancia de peso según lo esperado para el IMC.

Desde el año 2003, según los procesos asistenciales de embarazo y puerperio elaborados por la Junta de Andalucía³, las gestantes con obesidad grado II o superior son derivadas desde Atención Primaria a la consulta de Alto Riesgo Obstétrico del Centro Maternal de referencia. El Obstetra informa de los riesgos de dicho embarazo y posteriormente la paciente participa en un Programa de Educación Nutricional impartido por la enfermera responsable de sus cuidados. Durante las sesiones del programa, un gran número de pacientes manifiestan que su obesidad se debe a los malos hábitos alimentarios debido a la falta de información y a los mitos sobre aspectos nutricionales que siempre han tenido. Una vez terminado el programa, las gestantes adquieren conocimientos fundamentales sobre la importancia de una alimentación sana, el uso correcto de alimentos y la confección de platos; asimismo, las pacientes comentan que con la formación adquirida no les ha sido difícil controlar el peso durante la gestación.

Una vez finalizado el embarazo, las mujeres que han participado en el Programa de Educación Nutricional, son nuevamente citadas para ser derivadas al Servicio de Nutrición. Sin embargo, no siempre conservan los hábitos alimenticios saludables adquiridos durante el programa, con lo que muchas de ellas vuelven a aumentar su peso.

OBJETIVOS

- Conocer el porcentaje de pacientes que desean ser derivadas al servicio de nutrición después del parto.
- Conocer si la adherencia al programa de pérdida y control de peso recomendado, así como de ejercicio realizado, se ha llevado a cabo.
- Saber si se ha producido ganancia ponderal de peso después del parto.
- Conocer según el IMC, que pacientes han obtenido mejores resultados

METODOLOGIA

Estudio observacional descriptivo de corte longitudinal y retrospectivo. La muestra está formada por las pacientes embarazadas con obesidad grado II y III que asistieron a la Consulta de Alto Riesgo Obstétrico para controlar su embarazo durante 2007 y 2008 y solicitaron ser derivadas al Servicio de Nutrición tras el parto. Se citaron un total de 47 mujeres que durante su embarazo habían asistido a un programa de nutrición, de las cuales 32 acudieron al especialista a los dos meses del parto. Una vez firmado el consentimiento informado, a las pacientes se les realiza una entrevista con el objetivo de saber la frecuencia e intensidad de la modificación de sus hábitos mediante el programa de nutrición. Igualmente, se les pide que evalúen en una escala del 0 al 10 su control sobre la ingesta de alimentos. Una vez recogidos, los datos se analizaron con el programa SPSS 15.0.

RESULTADOS

El 68% de las pacientes que son citadas asisten al programa de seguimiento postparto para el control de peso. Una importante parte de ellas (80,5%) padecen obesidad grado II y el 19,5% tiene obesidad mórbida. Del total de asistentes, hay una mayoría de 32% que han conseguido perder peso, y un 24% mantienen el peso anterior. Sin embargo, un 44% ha engordado. Al preguntarles por sus hábitos tras el parto, hallamos que el 61% no hacen ejercicio y un 56% no se pesan periódicamente. El control de la alimentación se lleva a cabo a veces (47%) o nunca (34%), y solamente un 19% de las mujeres asegura tener en cuenta cierto control sobre su alimentación siempre. Al valorarse subjetivamente, se obtienen puntuaciones bajas y medias, ya que solamente un 28% se

autoevalúa por encima de cinco, mientras que un 38% lo hace por debajo de esta puntuación. Por otra parte, advertimos que las mujeres aquejadas de obesidad mórbida tienen más problemas a la hora de controlar su ganancia de peso.

CONCLUSIONES

En nuestra práctica diaria en la Consulta de Alto Riesgo Obstétrico, observamos que las mujeres consideran que la obesidad es un problema para su salud, durante el embarazo y posteriormente, ya que más de la mitad de ellas quieren ser derivadas al especialista tras dar a luz. La pérdida o el mantenimiento del peso durante el postparto es frecuente y parece que los antiguos mitos sobre la ingesta de gran cantidad de calorías durante la lactancia se empiezan a eliminar. El control del peso a través de ejercicio es difícil, dada la falta de disponibilidad horaria, no ocurriendo así con la ingesta de la comida, ya que un 66% tienen cierto control sobre lo que consumen. Asimismo, percibimos que las pacientes con obesidad tipo II, se adhieren más al tratamiento que las que tienen una obesidad mórbida.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

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. Consejería de Salud. Proceso Asistencial Integrado: Embarazo, Parto y Puerperio. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 2002.

POSTER 77**AUTORES/AUTHORS:**

José Manuel Romero Sánchez, Cristina O'Ferrall González, Cristina Gavira Fernández, Fátima Sánchez García, M^a José Moreno Fariñas, Miriam Rivero Perdomo

TÍTULO/TITLE:

ANÁLISIS DE COMPETENCIAS BÁSICAS DE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS DE LA ASIGNATURA ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA

INTRODUCCIÓN

El título de grado define la formación del enfermero generalista a través del logro de competencias profesionales (1,2). Para dar respuesta a esta necesidad formativa, los autores han implementado desde hace dos años un cuaderno de registro de competencias básicas para las prácticas de Salud mental (3), que ha sido consensuado con los profesores tutores y coordinadores del Servicio Andaluz de Salud. La diversidad de dispositivos que componen la red de salud mental y la necesidad de mantener una baja ratio alumno/tutor, para garantizar la calidad de las prácticas, obstaculizan la homogeneización de la formación de los estudiantes. Por ello, se hace una propuesta de las competencias básicas mínimas a adquirir por los alumnos que de contenido al Practicum.

OBJETIVOS

Analizar el cumplimiento de las competencias básicas de las prácticas clínicas de salud mental del actual Plan de Estudios de la Diplomatura de Enfermería en la Universidad de Cádiz.

Describir las fortalezas y debilidades de dicha formación práctica

MATERIAL Y MÉTODO

Ámbito: Enfermería docente.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Variables: observa/da información, educado en el trato, preserva intimidad; describe el dispositivo y su relación con la red; conoce las indicaciones psicofármacos, participa en Psicoeducación psicofármacos, administra medicación; realiza valoración estructurada de enfermería, observa/participa en una intervención, esta presente en elaboración informe de continuidad de cuidados, observa/realiza consulta de seguimiento, observa actividades grupales, asiste a sesiones clínicas, muestra interés por práctica asistencial; conoce estructura del equipo, colabora con enfermera/tutora, observa/participa en sesión de trabajo de otro profesional, realiza visita domiciliaria, conoce protocolo de contención. MEDIDA: si/no adquiere la competencia.

Sujetos participantes: Estudio poblacional exhaustivo de 205 alumnos de la asignatura Enfermería Psiquiátrica.

Instrumentos: cuaderno de registro de competencias prácticas en Salud Mental, consensuado con los tutores, en los que éstos registran las competencias adquiridas por el alumno

Análisis de datos: estadístico descriptivo con el programa SPSS v.14.0.

RESULTADOS

N= 205

Frecuencia de competencias adquiridas:

Observa/da información 98.5%

Educado en el trato 89.3%, preserva intimidad 99.5%
Describe el dispositivo de prácticas y su relación con la red 98%
Conoce las indicaciones psicofármacos 94%
Participa en Psicoeducación psicofármacos 87.8%
Administra medicación 66.3%
Realiza valoración estructurada de enfermería 90.7%
Observa/participa en una intervención 73,2%
Esta presente en elaboración informe de continuidad de cuidados 68,3%
Observa/realiza consulta de seguimiento 52.2%
Observa actividades grupales 87.3%
Asiste a sesiones clínicas 33,2%
Muestra interés por práctica asistencial 50.2%
Conoce estructura del equipo 99%
Colabora con enfermera/tutora 97.1%
Observa/participa en sesión de trabajo de otro profesional 35.1%
Realiza visita domiciliaria 26.3%
Conoce protocolo de contención 54.6%

DISCUSIÓN

Este análisis ha permitido describir qué competencias en cuidados de Salud mental dan contenido a la formación práctica del enfermero generalista en la Universidad de Cádiz. Consideramos adecuado el número de competencias adquiridas por la mayor parte de los alumnos. Las frecuencias más bajas pueden ser debidas a las características diferenciales de cada dispositivo, o a que los alumnos no rotan por todos ellos; no obstante son aquellas competencias a las que hay que prestar atención, ya que necesitan ser mejoradas en el futuro.

IMPLICACIÓN PRÁCTICA

Se propone este listado de competencias como contenido del futuro practicum del título de Grado. Los alumnos deberían rotar al menos por un dispositivo comunitario y otro hospitalario, con lo que cubrirían un amplio espectro de competencias básicas de cuidados en Salud mental, al objeto de tomar contacto con las patologías psiquiátricas de mayor prevalencia en la sociedad actual.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA

1. Lucchese R, Barros S. The constitution of competences in mental health nursing education and practice. Rev. esc. enferm. 2009; 43(1)152-160.
2. Universidad de Cádiz. Memoria del título de Grado en Enfermería (pendiente de verificación por la ANECA); 2009.
3. Gavira C, O?Ferrall C, Romero JM, Crespo J. Guía de prácticas de la asignatura Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental. Cádiz:

Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz; 2009 (en prensa).

POSTER 80**AUTORES/AUTHORS:**

Léia Salles, Maria Júlia Silva

TÍTULO/TITLE:

La prevalencia de señales iridológicas en los individuos con Diabetes mellitus

Léia Fortes Salles¹Maria Júlia Paes da Silva²**Antecedentes y objetivos:**

De distribución democrática, la Diabetes alcanza ricos y pobres en diferentes partes del mundo, siendo común en las sociedades urbanas e industrializadas, generalmente sedentarias y de hábitos alimentarios inadecuados. Suele ser una enfermedad que avanza lentamente, y cuando los primeros síntomas aparecen puede ser muy tarde: infarto, derrame, insuficiencia renal, ceguera y amputación de piernas están entre sus efectos más devastadores. Según la Organización Mundial de la Salud, en los países desarrollados, al menos una en cada diez muertes de adultos con edad entre 35 y 64 años puede ser atribuida a la diabetes y se estima que en 2030 estaremos frente a una epidemia de diabetes. Hoy existen en el mundo cerca de 171 millones de diabéticos diagnosticados. En Brasil, un 8% de la población entre 30 y 69 años de edad que residen en áreas metropolitanas presenta esta enfermedad. Datos del Ministerio de la Salud revelan que un 50% de los diabéticos brasileños desconocen su condición, quedándose entonces sin tratamiento, muchos diabéticos ya presentan complicaciones de la enfermedad al momento del diagnóstico. Mundialmente, los costos directos para la asistencia de la diabetes varían de 2,5% a 15% de los gastos nacionales en salud. La prevención de la Diabetes mellitus es hoy una cuestión de Salud Pública y debe unir la identificación de los grupos de riesgo, el diagnóstico y el tratamiento precoz, a fin de disminuir los efectos perniciosos para la salud a los que conlleva la enfermedad.

El iris es un microsistema, completamente formado a los 6 años de edad, lo que permite al iridologista realizar un abordaje profiláctico y terapéutico, a través del pre diagnóstico. Con la evaluación del iris es posible determinar la presencia de órganos más debilitados e intervenir precozmente para la reducción de la posibilidad de enfermarse.

El objetivo de este estudio fue verificar la prevalencia de señales iridológicas, como la señal del páncreas y de la Cruz de Andreas en individuos con Diabetes mellitus y la asociación de estas señales con los tres factores de riesgo de la enfermedad: obesidad, sedentarismo y herencia.

Método

Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo, de campo, transversal, con abordaje cuantitativo.

La colecta se llevó a cabo en 2006, con 97 individuos de edad superior a los 30 años y portadores de Diabetes mellitus, que fueron atendidos en el Centro de Salud ?Geraldo de Paula Souza?, en São Paulo. Los datos fueron colectados a través de entrevistas y fotografías del iris con una cámara digital acoplada a una lente iridológica.

Los datos fueron analizados por medio de estadísticas que usaron los testes Kruskal-Wallis y Mann-Whitney y Modelos de Regresión Logística.

Resultados

La caracterización socio demográfica de la muestra analizada en relación al género fue de 61.9% del sexo femenino, y 38,1% del sexo masculino. La edad varió entre 50 y 79 años. Predominaron individuos con pre obesidad y obesidad 1, sedentarios y con antecedente familiar para la enfermedad.

Tras el análisis del iris, se verificó que la prevalencia ajustada de la señal del páncreas y de la Cruz de Andreas fue respectivamente 98% y 89%. Hubieron asociaciones significativas ($p < 0,001$) entre obesidad, sedentarismo y antecedentes familiares para Diabetes con ambas señales estudiadas. La señal del páncreas que indica debilidad del órgano tiene asociaciones significativas con el sexo y el antecedente familiar. La señal de la Cruz de Andreas, que es específica para apuntar Diabetes mellitus, presentó asociaciones significativas con sexo, IMC, actividad física y antecedente familiar, que la literatura clásica apunta como factores de riesgo para la enfermedad.

Conclusiones

Es un dato extremadamente interesante para el área preventiva, cuando recordamos que el iris está totalmente formado a los 6 años de edad. Comprobando que esas señales del iris actúan como ?marcadores biológicos?, tendremos más facilidad de encontrar grupos de riesgo para diabetes y, poder realmente realizar la prevención de la enfermedad.

La aplicación del Iris diagnóstico es fácil, barata y rápida. Pensando en términos de Salud Pública, luego percibimos la importancia de la inversión en investigaciones en esa área.

Enfermera por la Universidad de São Paulo, Experta en Iridología e Irisdiagnosis por la Facultad de Ciencias de São Paulo e Instituto Brasileño de Estudios Homeopáticos. Doctora en el Programa de Posgrado en Enfermería en la Salud del Adulto por la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo. Calle Tucuna 742, apto 132. Pompéia. São Paulo-SP. Brasil. e-mail: leia.salles@usp.br

2 Enfermera. Profesora Titular del Departamento Médico-quirúrgico de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo. Calle Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419., Cerqueira César. São Paulo ?SP. Brasil. e-mail: juliaps@usp.br.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Borges-Osório MR, Robinson WM. Genética Humana. 2ªed. Porto Alegre: Artmed; 2001. Cap. 1 e 14, p17, 307-11.
2. Batello CF. Iridologia e irisdiagnose: o que os olhos podem revelar. São Paulo: Ground; 1999.
3. Nightingale, F. Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez Editora; 1989.
4. Falco SM, Lobo ML. Martha Rogers In: George JB. Teorias de Enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. cap. 14, p.190-204.
5. Talento B. Jean Watson. In: George JB. Teorias de enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. cap. 16, p. 254 - 63.
6. Salles LF, Silva MJP. Iridologia: revisão sistemática. Rev Esc Enferm USP. No prelo, 2006.
7. Beringhs L. Vida saudável pela Iridologia. São Paulo: Probe; 1997.
8. Battello C. Iridiologia total. São Paulo: Ground; 1996.
9. Sociedade Brasileira de Diabetes. Consenso Brasileiro sobre Diabetes 2002: diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito tipo 2. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2003.
10. Ruas EB. Diabetes mellitus e a Cruz de Andréas. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Ciências da Saúde de São Paulo - Centro de Ensino Superior de Homeopatia; 2003.
11. World Health Organization (WHO). Diabetes mellitus [Text on the internet].New York; 2005. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs138/en> . [Update 2005 jul.13].
12. Franco LJ. Epidemiologia do diabetes mellitus. In: Lessa I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo (SP): Hugitec; 1998. p. 123-137.
13. World Health Organization (WHO). Prevalence of diabetes worldwide [text on the internet]. New York; 2005 [updated 2005 jul 13]. Available from: http://www.who.int/diabetes/facts/world_figures/en.
14. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Diabetes mellitus: o que é, quais os tipos, conseqüências, tratamento e dicas [texto na internet]. Rio de Janeiro; 2004 [Acesso em 9 out. 2004]. Disponível <http://www.saúde.rio.rj.gov.br>
15. Brasil, Ministério da Saúde. Avaliação do plano de reorganização da atenção á hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 13-4.

POSTER 81**AUTORES/AUTHORS:**

Sandra Sánchez Villacampa, Rosa Cañadas Rueda, Núria Cortés Samora, Susana Giménez Revueltas, Sonia Sánchez Anglada, Alberto De Pedro Baltanas

TÍTULO/TITLE:

Intentando conocer como se siente nuestra población?

Objetivo: Conocer si el malestar psicológico es un problema que afecta a nuestra comunidad y conocer si la magnitud del malestar justifica una intervención a la comunidad con la finalidad de mejorar el problema.

Diseño: Estudio descriptivo longitudinal.

Ámbito: Área Básica de Salud Urbana.

Sujetos: Participantes voluntarios que acudían a visitarse al centro.

Variables de estudio: sexo, edad, nivel de estudios, estado civil, actividad profesional, test de Whoqol-Bref (percepción de salud global), test de Apgar (grado de satisfacción respecto al funcionamiento familiar), test de Goldberg (test de depresión y ansiedad) y test de Smiling(test de la sonrisa).

Resultados: Participaron y contestaron al cuestionario 283 personas (59% mujeres); edad media de 61 años; el 49.5% activos, el 20.9% en paro y el 29.6% jubilados; un 70.6% con pareja o casados, un 12.7% solteros y un 16.3% viudos, separados o divorciados ; Según el test de Smiling(puntuado sobre 10) la puntuación media de jóvenes: 6.6, adultos:5.8 y ancianos: 4.9 , activos:6.1, jubilados:4.9 y parados:5.9 ; Según el test de Golderb el 66% de jóvenes tienen probabilidad de tener depresión, el 70% de adultos y el 61% de ancianos; Según el test de Whoqol_Bref (puntuación sobre 5) la puntuación media por edades es jóvenes: 3.4, adultos: 3.2 y ancianos: 3.1, dependiendo de los estudios varia de títulos inferiores: 2.6 a superiores: 3.5, del estado civil casados: 3.2 y viudos: 2.9 ; Según el test de Apgar el 92% tienen familias normofuncionantes.

Conclusión: A mayor edad de los encuestados puntúan peor su capacidad para sonreír, la percepción para relacionarse y la salud global percibida. En el grupo de los jubilados y de los parados la percepción de salud global tiene peor puntuación y además hay mayor probabilidad de depresión. Los viudos y solteros mayor probabilidad de ansiedad y depresión. Más del 65% de la población de Badalona tienen probabilidad de sufrir ansiedad y depresión, por lo que estaría justificado hacer una intervención a la Comunidad para intentar mejorar el malestar psicológico.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

.

POSTER 82**AUTORES/AUTHORS:**

Susana Santos Ruiz, María López Parra, Dolores Bardallo Porras, Guadalupe Sánchez Rueda, Lidia Fernández Donaire, Adela Zabalegui Yáñez, Susana Varez Pelaez, Dolors Abril Sabater, Joaquín Tomás Sábado

TÍTULO/TITLE:

Variables que determinan la elección de un modelo de enfermería por parte de los estudiantes: estudio cualitativo

Los profesionales acaban su formación con fuertes valores y conocimientos enfermeros que reflejan teorías académicas promovidas por la educación enfermera, pero gran número de factores impiden ponerlos en práctica de forma completa y clara(1).

1. OBJETIVOS:

1. Conocer el posicionamiento teórico de los estudiantes de enfermería sobre la adopción de un nuevo modelo y/o teoría enfermera para la práctica asistencial.
2. Establecer los motivos de dicha elección.

2. MÉTODO:

Estudio cualitativo, transversal. Población: estudiantes de EUI Creu Roja, EUI Gimbernat y U. Internacional de Catalunya, en prácticas en la Corporació Sanitària Parc Taulí (CSPT) curso 2006/2007. Participación voluntaria y anónima.

Permisos de Dirección de la CSPT, universidades y del CEIC de la CSPT.

Variable principal: Modelos y teorías enfermeras y motivos de elección. Variables secundarias edad, sexo, experiencia laboral, Universidad y modelo que guía su formación.

Uso de cuestionario de elaboración propia, implementado en tutoría durante las prácticas. Pregunta que se presenta para análisis: ¿Si tuvieses que trabajar bajo la directriz de algún modelo de enfermería concreto ¿Por cuál te posicionarías? ¿Por qué??

Análisis estadístico: Recuento de los modelos en forma de porcentajes y posterior análisis temático del texto (transcripción literal, lectura repetida y codificación) para la creación de un marco explicativo.

3. RESULTADOS:

105 estudiantes: 45 de Creu Roja, 30 de UIC y 30 de Gimbernat. Participación: 98%. Edad 24±6. 16% hombres. Experiencia previa como auxiliar: sí el 47%.

Modelo enfermero escogido: V.Henderson (50,5%), el 26,7% en blanco, 1,9% no querían trabajar bajo directriz de modelo. El 13,3% indica metodologías de trabajo que no son modelos teóricos (M.Gordon, NANDA, PAE).

Según facultad, el modelo elegido es V. Henderson para el 73,3% de Creu Roja, el 30% de Gimbernat (aunque son los patrones funcionales de M. Gordon para el 26,6%) y el 36,6% de UIC (el 46,6% dejaron la pregunta en blanco). Eligen un modelo teórico enfermero principalmente por ser el que guía su formación y por la facilidad de aplicación. Eligen V.Henderson porque ¿engloba a la persona con catorce necesidades?, ¿es importante la valoración de la persona?, ¿es holístico?. Indican deseo de mayor formación.

Los que no contestan, mayoritariamente no indican el porqué de su abstención, pequeño número indican que no optan por un modelo ya que valorarían la tipología de la persona cuidada o prefieren combinar varios. Entre opciones que no son modelos se escogen los "patrones de M. Gordon" porque es la que recibieron en su formación, "el PAE" porque "es estructurado" y "engloba las catorce necesidades" y "NANDA" por haber sido usada en su formación.

4. DISCUSIÓN:

La motivación de su elección se resumió en 4 causas: orientación (conocimiento), dominio (facilidad de aplicación) y adecuación (características del propio modelo o metodología). 9 estudiantes los encontraron deficitarios. Henderson fue la escogida por más de la mitad de los encuestados, aunque en dos de las facultades (Gimbernat y UIC) no es la teórica de referencia. Seguramente esta decisión estaba condicionada por los medios científicos de comunicación en los que predomina este modelo en las publicaciones relacionadas con planes de cuidados, sobretodo asociada a taxonomía NANDA, NIC y NOC (2-4). Se observó comprensión deficiente de la filosofía del modelo y conocimiento parcial del mismo, repiten frases como "es el que más he usado", "conozco", "14 necesidades" pero escasamente comentan sobre manifestaciones de dependencia/independencia o papel que desempeña la enfermera. Algunos estudios en los que profesionales escogieron un modelo, no fue tanto por su filosofía, sino por ser prácticos, sencillos y con un lenguaje comprensible (5). Se habla de que el modelo es ¿ordenado y lineal?, argumento contradictorio con la realidad del conocimiento, epistemología enfermera y con la forma en cómo ocurren los fenómenos de salud-enfermedad. No se manifiestan hándicaps profesionales como falta de utilidad de los modelos y carga de trabajo (6), quizás es porque todavía no están contaminados por el mundo laboral. Sus argumentaciones son positivas hacia el uso de teoría en la práctica, están en una situación

inmediata a su formación, existen estudios que argumentan que los profesionales acaban su formación con fuertes valores y conocimientos enfermeros que reflejan las teorías académicas (1), los hallazgos encontrados son similares a la primera fase del estudio de Wimpenny (7), en el que los profesionales recién titulados hablaban de la operatividad del modelo como algo que debía ser impuesto en el área clínica y vistos unidos a plan de cuidados y registros, aunque los profesionales manifestaron incertidumbre de la adaptación del modelo a la asistencia, opinión no reflejada en los comentarios obtenidos de los estudiantes. Se evidencia confusión entre metodología y teoría enfermera, desconocemos si es que confunden ambos términos o es que prefieren metodologías disociadas de marcos conceptuales. Es preciso que las escuelas universitarias dediquen un mayor esfuerzo en clarificar ambos términos, además los estudiantes realizan demanda de mayor formación sobre el tema.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Maben J, Alter S, McLeod J. The theory-practice gap: impact professional-bureaucratic work conflict on newly-qualified nurses. *Journal of Advanced Nursing* 2006;55(4):465-477.
2. Rodríguez E. Atención de enfermería a un paciente con trastorno mental grave (TMG). *Inquietudes*. 2006; 35: 30-3.
3. Román M, Campos A, Viñas C, Palop R, Zamudio A, Domingo R, et al. Las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC en la práctica asistencial hospitalaria. *Enf Clin*. 2005; 15(3):163-66.
4. Alconero AR, Cobo JL, Casaus M, Garcia ME, Garcia MJ, Calvo M, et al. Paciente intervenido de aneurisma de aorta abdominal por técnica quirúrgica endovascular. *Enf Clin*. 2008;18(2): 96-103.
5. Atienza E, Delgado MT, Rubio MC. Aplicación práctica del Modelo Roper-Logan-Tierney en la asistencia. *Enfer Clin* 2003;13(5):295-302 . És un cas pràctic d'aplicació d'un model concret en la pràctica.
6. López M, Santos S, Varez S, Abril D, Rocabert M, Mañé N, et al. Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. *Enfermería Clínica*. 2006;16(4):214-217.
7. Wimpenny P. The meaning of models of nursing to practising nurses. *J Adv Nurs*. 2002; 40(3): 346-54.

POSTER 83**AUTORES/AUTHORS:**

Cecilia Tapia Casellas, María Mayoral Aragón, Mar Álvarez Segura, Marta Leiva Resino, Marta Rapado Castro, Miguel Moreno Íñiguez, Ana Ruiz Sancho, Celso Arango López

TÍTULO/TITLE:

Tratamiento psicoeducativo grupal para padres y adolescentes con un primer episodio psicótico.

Las Psicosis de Inicio Temprano (PIT) engloban distintos trastornos en los que la manifestación de los síntomas psicóticos ocurre antes de los 18 años.

El curso de los cuadros psicóticos de inicio infantil o adolescente es variable puesto que estos trastornos aparecen en un momento clave para el desarrollo, por lo tanto la repercusión funcional de los mismos suele ser mayor que cuando aparece en adultos, pudiéndose interrumpir el desarrollo del adolescente en este estadio evolutivo tan importante.

OBJETIVO

Evaluar y comparar cambios en la evolución clínica de los pacientes (número de hospitalizaciones, número de días de hospitalización, visitas a urgencias, adherencia al tratamiento y consumo de tóxicos) en adolescentes en tratamiento psicoeducativo al inicio y tras la finalización del mismo (6 meses) con un grupo de adolescentes que reciben un tratamiento grupal no estructurado.

MÉTODO

Evaluar basalmente y tras la finalización del tratamiento la evolución clínica de los pacientes. Las hospitalizaciones y las visitas a urgencias se comprobarán mirando la historia clínica del paciente, el consumo de tóxicos mediante un análisis de tóxicos en orina y la adherencia al tratamiento midiendo las concentraciones de fármaco en sangre.

Los dos tratamientos consistirán en grupos terapéuticos. El grupo experimental será psicoeducativo (GPE) con una estructura definida según un formato de resolución de problemas, y el grupo control consistirá en un grupo terapéutico de encuentro sin estructura definida (GPA). Las reuniones de los grupos serán quincenales y la duración total del tratamiento de un curso académico.

RESULTADO

Los dos grupos terapéuticos son equivalentes en edad y sexo. No existen diferencias significativas en cuanto a días de hospitalización entre los grupos basalmente, siendo la media de 23 días de hospitalización en el grupo GPE y de 18 días en el grupo GPA.

Tras 6 meses no hubo hospitalizaciones en el grupo GPE, mientras que en el grupo GPA la media fue de 19 días.

Las visitas a urgencias en el grupo GPE fueron de 1,15 de media para la visita basal y de 0,12 después del tratamiento. En el grupo GPA fueron de media 1,7 en la visita basal y 0,3 después del tratamiento, sin haber diferencias significativas.

Respecto al consumo de tóxicos se observa una tendencia al no consumo entre los dos grupos antes y después del tratamiento.

En la adherencia al tratamiento la tendencia es hacia la toma de la medicación consiguiéndose buenos niveles de fármaco en sangre.

DISCUSION

Creemos que un programa psicoeducativo mejorará el pronóstico de la enfermedad a largo plazo. La intervención temprana en esta etapa es una herramienta terapéutica con la que tratar de mejorar el pronóstico de las psicosis. El tamaño muestral ha sido una de las principales limitaciones del estudio.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

-McFarlane WR (2002). Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders. New York, Guilford Press.

-Gunderson JG, Berkowitz C, Ruiz-Sancho A (1997). Families of borderline patients: A psychoeducational approach. Bulletin of the Menninger Clinic, 61(4), 446-57.

-Falloon, I.R., et al., Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: social outcome of a two-year longitudinal study. Psychol Med, 1987. 17(1): p. 59-66.

POSTER 84
AUTORES/AUTHORS:

CARMEN TAPIA-VALERO, CARMEN MONTERO-MORALES, MARÍA RODRÍGUEZ-HERRERA, GONZALO DUARTE-CLIMENTS, MARÍA BEGOÑA SÁNCHEZ-GÓMEZ, CAMINO VARGAS-ÁLVAREZ, PILAR VELEDO-BARRIOS, ANA MARÍA RODRÍGUEZ-MARTÍNEZ, MARÍA ÁNGELES GUZMÁN-FERNÁNDEZ

TÍTULO/TITLE:

LA ENFERMERA: PRIMER CONTACTO DE LOS PACIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA. REVISIÓN SISTEMÁTICA

OBJETIVO: Identificar evidencias sobre atención enfermera como primer contacto en Atención Primaria (AP) de los pacientes con problemas de salud.

MÉTODO: Revisión por pares por protocolo explícito estandarizado¹, discrepancias por consenso. Estrategia de búsqueda según pistas de Sackett²: población, intervenciones, comparadores, resultados (PICO), en DeCS/MeSH. Búsqueda en Bases de Datos online: MEDLINE, COCHRANE, JBI, CUIDEN, INAHTA, SciELO, LILACS e IBECs. Completándose con búsqueda referencial. Incluimos ECA, Metaanálisis, Revisiones Sistemáticas RS, Guías de Práctica Clínica, Estudios Casos/Controles (CC) en castellano, inglés, portugués, disponibles al completo. Se excluyen estudios no aplicables a AP. Evaluación de calidad según CASPe³. Síntesis de evidencia según niveles de evidencia (N) y grado de recomendación (GR) de JBI⁴.

RESULTADOS: En septiembre/diciembre 2008 búsqueda: MEDLINE, COCHRANE, JBI, CUIDEN, INAHTA, SciELO, LILACS e IBECs. Identificamos 24, seleccionamos 6: 2 RS, 3 ECA multicéntricos y 1CC. Analizamos la atención que presta la enfermera a pacientes que precisan ser vistos en el día por problemas menores de salud agudos, crónicos y urgentes, en sistemas de salud anglosajones. Variables de resultado: La media de tiempo de consulta (TC) de enfermeras fue superior (Laurant⁵ 2008, Horrocks⁹ 2002) Las enfermeras solicitan más pruebas diagnósticas: Horrocks⁹ (2002) [OR=1,22(1,02-1,46)IC=95%] y Pritchard¹⁰ (2001) [X²=23.49,df=2,p<0.001] con significación estadística (SE) Sin SE: Kinnersley⁶ (2000) y Venning⁸ (2000) Se muestran mayores derivaciones a Hospital en médicos: Venning⁸ (2000) sin SE (1.7% enfermeras y 3.8% médicos) [OR=0.5(0.16-1.63)p=0.250] y Pritchard¹⁰ (2001) y Horrocks⁹ (2002) Laurant⁵ (2008) (metaanálisis 3 estudios en atención urgente) sin diferencias significativas (DS) entre médicos y enfermeras [RR=0,79;I.C=95%(0,58-1,07)] Las enfermeras ofrecían más consultas sucesivas (CS): Venning⁸ (2000) 37.2% enfermeras v 24.8% médicos [OR=1.93(1.36-2.73)p<0.001] Laurant⁵ (2008) (metaanálisis atención urgente) [RR convocatoria enfermera/médico=1,34;IC=95%(1,20-1,49)] En Kinnersley⁶ (2000) el número de CS por el mismo motivo fue mayor en médicos sin SE. Pritchard¹⁰ (2001), Horrocks⁹ (2002) y Shum⁷ (2000) no hallaron DS. Resultados en salud: Kinnersley⁶ (2000) en ?resolución de síntomas [OR=1.23,IC=95%(0.87-1.73)] y preocupaciones [OR=1.03;IC=95%(0.80-1.33)] no halló DS. Satisfacción del paciente (SP): En Horrocks⁹ (2002) mayor SP con las enfermeras. Atención de adultos es significativamente mayor con enfermeras: Venning⁸ (2000) [df=0.18(0.09-0.26)p<0.001], Laurant⁵ (2008) en atención urgente [metaanálisis: Diferencia Medias Estandarizada=0,28;IC=95%(0,21-0,34)] y Laurant⁵ (2008) en crónicos. En niños mayor SP con enfermera: Vennig⁸ (2000) [Diferencia Medias Ajustada: 0.23(0.12-0.34)p<0.001] y en Kinnersley⁶ (2000) (3/10 consultorios) En atención ordinaria sin DS en SP adultos para ambos profesionales: Kinnersley⁶ (2000) y Laurant⁵ (2008) Shum⁷ (2000) con SP similar. Pritchard¹⁰ (2000) alto grado de SP con todos. 8. Información y consejos a pacientes: significativamente mayor en Kinnersley⁶ (2000), Shum⁷ (2000) y Venning⁸ (2000) Las enfermeras (22,2 %) aconsejaron más sobre medicación que los médicos (13.7%) [X²=21.123,p<0'001] y más sobre autocuidados (enfermeras 81.7%, médicos 57'6 % [X²=117.766 p<0'001]) en Shum⁷ (2000) y Kinnersley⁶ (2000) Las enfermeras en atención a demanda, urgente y crónica, son tan válidas como los médicos para atender pacientes con problemas de salud menores. **DISCUSION:** Estudio limitado a búsqueda en inglés, castellano, portugués y no disponer de algunos. Destaca la ausencia de estudios en España, por no existir este modelo de atención. Identificamos estudios británicos, integrados en la práctica de su sistema de salud. Son heterogéneos respecto a los diferentes perfiles profesionales en enfermería. Creemos necesarios estudios que investiguen en nuestro contexto aportando evidencias sobre este modelo de atención prestada por enfermeras y los hallazgos se incluyan en los programas de formación de enfermeras de España. Nuestras conclusiones, elaboradas como recomendaciones, siguiendo la clasificación del JBI, son con N-1; GR-A: Resultados en salud y grado de SP similares entre enfermera o médico. El número de peticiones de pruebas complementarias y de derivaciones es similar. Los errores en atención a pacientes con enfermedad crónica inestable son similares. El coste en atención es similar. Y con N-2; GR-B: Las CS por el mismo problema son similares. 2. Los pacientes reciben más información sobre autocuidados y proceso de enfermedad por enfermeras. Los pacientes atendidos por enfermeras muestran la misma preferencia por ser atendidos por médicos o enfermeras la vez siguiente. La principal implicación para la práctica es que todos los estudios concluyen que la enfermera puede prestar atención a los problemas de salud

menores de la población que acude para ser visto en el día, o de forma urgente o por descompensaciones de sus patologías crónicas, sin que por ello disminuya la calidad de la atención.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Duarte-Clíments G, Sánchez-Gómez MB. 10 pasos para realizar una revisión sistemática. Vayamos paso a paso. En: Evidencias para unos cuidados seguros. V Reunión internacional sobre Enfermería Basada en la Evidencia. Granada, INDEX 2008.
2. Sackett DL et al. Medicina basada en la evidencia: Como practicar y enseñar MBE, York: Churchill Livingstone 1997
3. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. CASPe 2005;. Disponible en: <http://www.redcaspe.org>. [Consultado 02/04/2008]
4. The Joanna Briggs Institute. Systematic Reviews-the review process. Level of evidence. Accessed on-line 2006. Disponible en: <http://www.joannabriggs.edu.au> [Consultado 02/04/2008]
5. Laurant M et al. Sustitución de médicos por enfermeras en la atención primaria. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Nº 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> [Consultado 11/01/09]
6. Kinnersley P et al. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. BMJ 2000;320:1043-1048 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> [Consultado 22/10/08]
7. Shum, C et al. Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial. BMJ 2000; 320; 1038-1043. Búsqueda Referencial de: Pancorbo Hidalgo PL, García Fernández FP. Atención por enfermeras a pacientes con enfermedades leves en consultas de Atención Primaria. Index Enferm 2001; 32-33. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria> [Consultado el 9 de Enero de 2009]
8. Venning, P et al. Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. BMJ 2000 ;320; 1048-1053 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> [Consultado 22/10/08]
9. Horrocks et al. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. BMJ 2002; VI 324 6/04. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> [Consultado 22/10/08]
10. Pritchard A & Kendrick D. Practice nurse and health visitor management of acute minor illness in a general practice. Journal of Advanced Nursing 2001; 36(4), 556-562. Búsqueda Secundaria de: Latter S, Courtenay M J. Effectiveness of nurse prescribing: a review of the literature. Clin Nurs 2004; Jan 13(1):26-32. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> [Consultado 22/10/08]

POSTER 85**AUTORES/AUTHORS:**

LORENA TEJERO VIDAL, CRISTINA CORTIJO LECINA, OLGA SERRA ESCARP

TÍTULO/TITLE:

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS ALTERACIONES DEL SUEÑO DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

1. Introducción:

El sueño es una necesidad básica del individuo que ayuda a preservar la salud y la vitalidad tanto del cuerpo como de la mente. Actualmente la calidad del sueño que refiere el individuo se reconoce como un buen indicador de salud y de calidad de vida.

A pesar de la alta prevalencia de dichos trastornos en nuestra sociedad, éstos no son considerados como un problema de salud pública de primer orden. En muchas ocasiones esta infravaloración es consecuencia del subregistro de este problema en las historias clínicas de cada uno de los individuos.

El descanso nocturno de los pacientes hospitalizados es un aspecto de gran importancia a tener en cuenta dentro de todo el proceso de salud-enfermedad ya que tiene una gran repercusión en la evolución de todo el proceso terapéutico.

2. Objetivos:**General:**

Evaluar la influencia de la ergonomía hospitalaria en la alteración del patrón del sueño, en los pacientes hospitalizados en las unidades quirúrgicas del Hospital Santa María de Lérida.

Específicos:

Conocer el nivel de alteración del patrón del sueño en los usuarios de nuestro centro.

Analizar la influencia del riesgo quirúrgico en la aparición de alteraciones en el patrón del sueño de la población objeto del estudio.

Determinar los factores de la ergonomía hospitalaria que influyen en la alteración del patrón del sueño en los pacientes hospitalizados para intervenciones quirúrgicas programadas.

3. Material y Método:

La población a la que iba dirigida el estudio eran pacientes (hombres y mujeres) ingresados en la unidad de hospitalización quirúrgica de cirugía/traumatología del Hospital Santa María de Lérida. Las personas incluidas en el estudio dieron su consentimiento, tanto verbal como escrito, para participar en el mismo. También fueron solicitados los permisos pertinentes para el inicio del estudio a la dirección del centro.

Muestreo no probabilístico de casos consecutivos.

Criterios de inclusión: pacientes con un motivo de ingreso quirúrgico en las unidades quirúrgicas del centro, con duración del ingreso superior a 3 días.

Criterios de exclusión: motivo de ingreso inicial de medicina interna, ingresos en módulo penitenciario de la unidad, pacientes con patologías psiquiátricas (previamente diagnosticadas) como con demencias seniles, rechazo a participar en el estudio.

Los instrumentos de recogida de datos fueron: una encuesta personal y la aplicación del Cuestionario de Insomnio de Atenas. Esta

escala, fué diseñada para cuantificar la dificultad del dormir basándose en el criterio diagnóstico de la Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento. Consta de 8 ítems que se puntúan de 0 a 3. Los 5 primeros evalúan la dificultad de inducción del sueño, los despertares nocturnos y tempranos, el total de duración del sueño y la calidad total del mismo. Se trata de una herramienta corta y fácil de administrar. Los 8 ítems tienen un rango de puntuación que oscila entre 0 y 24, donde una mayor puntuación indica mayores problemas en el sueño.

Para el análisis estadístico, se utilizó el programa SPSS 12.0.

4. Resultados:

El total de la muestra del estudio fueron 84 personas con una media de edad de 70.41 años, con una desviación típica (DT) de 10.926 años. El 51.2 % de la muestra correspondía al sexo mujer, frente al 48.8 % que eran hombres.

La media de días de ingreso de la muestra estaba en 7.55 días con una desviación típica de 3.749 días.

Se compararon las medias a través de la T Student de las variables sexo, antecedentes quirúrgicos y ámbito familiar con respecto al índice de Atenas, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

Para la prueba ANOVA con respecto a la variable ASA si se encontraron diferencias estadísticamente significativas con una $p = 0.031$.

Al realizar una regresión lineal para las variables edad, número de horas que dormían en casa y EVA tanto en reposo como en movimiento con respecto al índice de Atenas, si que se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Al realizar el análisis estadístico para las variables puramente ergonómicas, únicamente se encontró significación estadística para la variable dormir con un compañero en la habitación con una $p = 0.028$.

5. Conclusión y discusión:

En el ámbito hospitalario está claro que existen factores que condicionan el sueño, tales como el ruido permanente (debido a la actividad asistencial las 24 horas), las complicaciones derivadas de la propia cirugía y del postoperatorio, la falta de intimidad en las habitaciones, la diferenciación entre el día y la noche, etc?

En el estudio se plantea que en nuestro centro, quizás los aspectos que más influyen en el descanso de nuestros usuarios dependen de la falta de intimidad y del grado de riesgo de la cirugía a la cuál han sido sometidos.

El hecho de conocer la existencia de estos factores nos puede ayudar a abordar estas situaciones y a poner medidas que contribuyan a que nuestros usuarios puedan descansar óptimamente durante su postoperatorio.

Esto nos ayudará a obtener una alta satisfacción de nuestros usuarios, lo que nos servirá de indicador de excelencia para la calidad de nuestros servicios de salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Acosta Ramos MC, García Esparza A, et al. Sueño-descanso en los pacientes de recuperación de quirófano del hospital universitario de Canarias. *Enfermería en anestesia-reanimación y terapia del dolor*. Octubre 2005 (13):15-18.
2. Arias Congrains J. Omisión en el registro de insomnio en pacientes internados en un hospital general. *Rev Med Hered* 2003; 14 (2): 59-62.
3. Cortés J, Travel MC. El descanso de nuestros pacientes. ¿Se puede descansar en el hospital? *Rev Enferm Global* 2002; (1): 1-6.
4. Furlani R, Ceolim MF. Calidad del sueño en mujeres con cáncer ginecológico y mamario. *Rev latino-am Enfermagem* 2006; 14(6).
5. Gallego J, Toledo J, et al. Clasificación de los trastornos del sueño. *An Sist Sanit Navar* 2007; 30 (1): 19-36.
6. García I. Estudios diagnósticos en patología del sueño. *An Sist Sanit Navar* 2007; 30(1):37-51.
7. Iliescu EA, Coe H, et al. Quality of sleep and health-related quality of life in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2003, 18: 126-132.
8. Iza Zabala A. ¿Cómo es el sueño de los pacientes quirúrgicos ingresados en UCI?. *Enferm Intensiva* 2002; 13: 57-67.
9. Macías Fernández JA, Royuela Rico A. La versión española del índice de calidad del sueño de Pittsburg. *Informaciones Psiquiátricas* 1996; 146: 465-472.
10. Montgomery P, Dennis J. Ejercicios físicos para problemas del sueño en adultos mayores de 60 años de edad. (Revisión Cochrane traducida) En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponibles en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
11. Nenclares A, Jiménez A. Estudio de validación de la traducción al español de la escala atenas de insomnio. *Salud mental* 2005; 28 (5): 34-39.
12. Nicolás, A; Aizpitarte, E; et al. Percepción de los pacientes quirúrgicos del sueño nocturno en una unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*, 2002; 13 (2): 57-67.
13. Ohayon, M. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews* 2002; 6: 97-111.
14. Peralte Adrados MR. Avances en el estudio de los trastornos del sueño. *Rev neurol* vol 40 (8):485.
15. Ruiz, C. Revisión de los diversos métodos de evaluación del trastorno de insomnio. *Anales de psicología*, 2007, vol. 23, nº1 (junio), 109-117.
16. Scott L, Rogers A; et al. Effects of critical care nurses' work hours on vigilance and patients' safety. *American journal of critical care* 2006; 15: 30-37.

POSTER 87

AUTORES/AUTHORS:

Miriam Vázquez Campo, Ángel Alfredo Martínez Ques, M^oConcepción Martín Arribas, Beatriz Braña Marcos, Pilar Comet Cortés, Cristina Quesada Ramos, Oscar Rayón del Barrio, Mercedes Tejuca Marengo

TÍTULO/TITLE:

Efectividad clínica del cuidado del punto de inserción del catéter de diálisis peritoneal: revisión

Antecedentes:

La diálisis peritoneal (DP) es una técnica de sustitución renal, que utiliza la membrana peritoneal para el aclaramiento de la sangre, de sustancias no deseadas, por mecanismos de difusión y ultrafiltración que eliminan el exceso de agua, electrolitos y metabolitos. Alrededor de un 20% de los pacientes en DP presenta peritonitis relacionada con el catéter, siendo la tasa de mortalidad del 14.2%. El cuidado del orificio de salida es considerado esencial, para el mantenimiento de la DP.

Objetivo: Evaluar y resumir la mejor evidencia disponible sobre los cuidados del Punto de Inserción (PI) del catéter de DP para reducir al mínimo el riesgo de infección.

Métodos

Revisión sistemática.

Estrategia de búsqueda

Se realizaron búsquedas sin límite de tiempo en la base de datos COCHRANE (Cochrane Renal Group, La Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas - BDCRS, El Registro Central Cochrane de Ensayos Controlados), MEDLINE, EMBASE, CINAHL, CUIDEN, bases de literatura gris (CURRENT CONTENTS, EXPANDED ACADEMIC INDEX, TESEO, etc.) y búsqueda manual en principales revistas de nefrología. Idiomas: inglés, español y portugués. Fecha de la búsqueda: febrero de 2009.

Criterios de selección

Se incluyeron los Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA) que estudiaron el cuidado del PI del catéter de DP en pacientes (adultos y pediátricos) con fallo renal crónico, sometidos a DP y que evaluaron las intervenciones utilizadas en el mantenimiento del PI del catéter (apósitos, cuidados de la piel, intervenciones educativas y tratamientos profilácticos con agentes tópicos)

Recopilación y análisis de datos

Revisión por pares de los resúmenes (y del texto completo si fue preciso) y posterior evaluación de calidad (con texto completo) utilizando escala de valoración crítica (instrumento JBI). Los datos se analizaron con el programa Rev. Man 5.0, realizándose análisis estadístico con modelo de efectos aleatorios y los resultados se expresaron como Odds ratio (OR) con intervalos de confianza (IC) del 95%. Se realizó test de heterogeneidad para cada variable estudiada.

Resultados principales:

De las 988 referencias localizadas, se seleccionaron 11 estudios de suficiente calidad, que incluyeron un total de 2232 pacientes. Los resultados agrupados de 3 estudios (Casey, 2000, Thodis 2000 y Canadian Group 1996; incluyen 648 pacientes), muestran una reducción de la tasa de infecciones y peritonitis por el empleo de Mupirocina pomada en el PI frente al cuidado habitual con agua y jabón, con una OR de 0.40 (0.27-0.58); $p < 0.0001$.

En otros 2 estudios (Waite, 1997 y Wilson, 1997) que engloban 415 pacientes, la aplicación de Povidona yodada reduce la tasa de infecciones y peritonitis comparada con el cuidado habitual de agua, OR de 0.79 (0.42-1.46); $p = 0.45$.

El estudio Bernardini, 2005 (136 pacientes) compara Gentamicina tópica en el PI frente a Mupirocina pomada, obteniéndose datos a favor de la gentamicina para la prevención de la infección [OR 2.72 (1.28-5.77); $p = 0.009$] y para la reducción de la tasa de peritonitis [OR 1.51 (0.74-0.3.05); $p = 0.25$].

Según el estudio de Montenegro (2000; 164 pacientes) la aplicación diaria de solución tópica de ciprofloxacino frente a la limpieza diaria con agua y jabón, secado y colocación de gasa estéril sugiere presenta datos más favorables en la reducción de infecciones, con una OR de 0.04 (0.02-0.09); $p < 0.0001$.

Un estudio (Wong, 2002) comparó en 117 pacientes, dos métodos de limpieza para la prevención de las infecciones en el PI: el jabón puro en forma líquida y el jabón de clorhexidina. Los resultados son favorables al jabón con clorhexidina en la reducción de la tasa total de infecciones con una OR de 0.35 (0.13-0.94); $p = 0.04$.

Un estudio (Fuchs, 1990) comparó en un total de 51 pacientes, la desinfección del PI con Povidona y clorhexidina [OR 0.28 (0.01-7.44); $p = 0.38$] y clorhexidina con hipoclorito [OR 0.32 (0.03-4.01); $p = 0.13$]. Los autores concluyen que ninguno de los métodos es superior a otro en la prevención de la infección local

Un estudio (Bernardini, 1996) compara la efectividad de la aplicación de mupirocina tópica en el punto de inserción vs profilaxis con rifampicina oral [OR 0.67 (0.2-2.3); p=0.53], y otro compara el impacto del empleo de fusidato sódico en aplicación tópica vs ofloxacino oral en la colonización por *Staphylococcus aureus* en el PI [OR 0.14 (0.01-3.25); p=0.22]

Conclusiones

Aplicaciones para la práctica: Recomendamos con un nivel de evidencia Ia y grado de recomendación A, la aplicación de agentes tópicos (Gentamicina, Mupirocina, Ciprofloxacino) o antisépticos (Povidona o clorhexidina) frente al lavado convencional con agua y jabón.

Algunos de estos agentes (Gentamicina frente a Mupirocina) presentan resultados mas favorables (nivel de evidencia Ia y grado de recomendación A) mientras que con respecto a algunos antisépticos (Povidona vs. Clorhexidina) no se ha hallado evidencia de superioridad de uno sobre otro.

Implicaciones para la investigación: Necesidad de realizar nuevos estudios con diseños más exhaustivos y mayor tiempo de seguimiento que comparen que antisépticos son más eficaces, sobre otras intervenciones (educativas, apósitos), y sobre determinados grupos (diabéticos, población pediátrica, etc.)

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Bernardini J., et al.. Randomized, double-blind trial of antibiotic exit site cream for prevention of exit site infection in peritoneal dialysis patients. *Journal of the American Society of Nephology* 2005;16(2):539-45.
2. Bernardini J., Piraino B., Holley J., Johnston JR., Lutes, R.. A randomized trial of *Staphylococcus aureus* prophylaxis in peritoneal dialysis patients: Mupirocin calcium ointment 2% applied to the exit site versus cyclic oral rifampin.. *American Journal of Kidney Diseases* 1996;27(5).
3. Canadian Mupirocin Group. Nasal mupirocin prevents *Staphylococcus aureus* exit-site infection during peritoneal dialysis. *Journal of the American Society of Nephology* 1996, Nov;7(11):2403-8.
4. Casey M., Taylor J., Clinard P., et al.. Application of mupirocin cream at the catheter exit site reduces exit-site infections and peritonitis dialysis patients.. *Perit Dial International* 2000.
5. Fuchs, J., Gallager ME., Jackson-Bey D.. A prospective randomized study of Peritoneal Catheter Exit-Site Care. *Dialysis Transplantation* 1990;19(2):81-84.
6. Montenegro J., Saracho R., Aguirre R., Martinez I., Iribar I., Ocharan J.. Exit-site care with ciprofloxacin otologic solution prevents polyurethane catheter infection in peritoneal dialysis patients.. *Perit Dial int* 2000;20:209-214.
7. Sesso R., Parisio K., Dalboni A, et al. Effect of sodium fusidate and ofloxacin on *Staphylococcus aureus* colonization and infection in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Clinical Nephrology* 1994;41(6):370-376.
8. Thodis E., Passadakis P., Panagoutsos, Bacharaki D., Euthimiadou A., Vargemezis V.. The effectiveness of Mupirocin Preventing *Staphylococcus aureus* in Catheter-Related in Peritoneal Dialysis. *Adv Perit Dial Int* 2000;16:257-61.
9. Waite Nancy M., Webster Nancy, Laurel Manuel, Johnson Michael, Fong Ignatius. The efficacy of exit site povidone-iodine ointment in the prevention of early peritoneal dialysis related infections. *American Journal of Kidney Diseases* 1997;29(5):763-68.
10. Wilson APR., Lewis C., O'Sullivan H., Shety N., Neild GH., Mansell M.. The use of povidone iodine in exit site care por patients undergoing continuous peritoneal dialysis (CAPD). *Journal of Hospital Infection* 1997 Apr;35(4):287-9
11. Wong FSY., Chan WK., Chow NY., Tsui YT., Yung JCU., Cheng YL.. Comparision of exit site infection with the use of pure liquid soap and chlorhexidine soap in daily exit-site care.. *Hong Kong Journal of Nephrology* 2002;4(1):54-9.

POSTER 88

AUTORES/AUTHORS:

Miriam Vázquez Campo, Begoña Domínguez Arias, Laura Moure Fernández, Angel Alfredo Martínez Ques, Antonio Vázquez Pérez

TÍTULO/TITLE:

Conocimientos y actitudes de los profesionales de enfermería sobre prevención de úlceras por presión

Introducción: Un 95% de las úlceras por presión (UPP) pueden prevenirse, por lo que es importante disponer de estrategias de prevención y contar con intervenciones educativas eficaces cuya utilidad haya sido demostrada en el ámbito hospitalario. El objetivo del presente estudio es determinar la efectividad de una intervención educativa en términos de aumentar el conocimiento del personal de enfermería y favorecer unas actitudes positivas sobre la prevención de UPP.

Metodología

Diseño: Estudio cuasi-experimental, no aleatorizado en el que la comparación se estableció entre los mismos individuos antes y después de aplicar la intervención.

Ámbito: El estudio se llevó a cabo de noviembre de 2007 a octubre de 2008 en 2 Hospitales (Complejo Hospitalario Universitario de Vigo y Complejo Hospitalario de Ourense) pertenecientes a la Red pública Gallega (España).

Sujetos: Enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en activo que trabajaban en unidades de hospitalización médico-quirúrgica y que aceptaron voluntariamente participar en el estudio.

Intervención: Consistió en 9 talleres formativos de contenido práctico acompañados de la entrega de material didáctico con duración total de 6 horas cada uno.

Recogida de datos y análisis: Datos recogidos mediante cuestionario autoadministrado de elaboración propia que constaba de:

1º Variables sociodemográficas (edad, sexo, categoría profesional, puesto de trabajo, años de experiencia profesional y nº de cursos previos sobre úlceras)

2º Test de conocimientos basados en las recomendaciones del GNEAUPP y de la guía del Servicio Gallego de Saúde. Constaba de 15 preguntas con 4 respuestas alternativas, y una sola válida.

3º Escala de actitudes frente a la prevención. Consta de 20 ítems con respuestas graduadas (de 1 a 5) tipo Likert. El participante señalaba su grado de acuerdo o desacuerdo con cada ítem (de 5 para máximo acuerdo y 1 para poco acuerdo). A cada respuesta se le da una puntuación favorable o desfavorable. La suma de las puntuaciones de las respuestas del individuo a todos los ítems da su puntuación total como representativa de su posición favorable-desfavorable con respecto a la prevención de úlceras.

El cuestionario se cumplimentó antes de iniciar la intervención educativa y a los 3 meses.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 15.0; las variables cuantitativas se representaron como medias, desviación estándar, máximo y mínimo y para las cualitativas con frecuencias y porcentajes. Para la comparación de proporciones se utilizó el test t-student y prueba de correlación de Spearman para analizar la relación entre variables. Las pruebas estadísticas se consideraron significativas si el nivel crítico observado era inferior a 5% ($p < 0.05$)

Resultados: Participaron 203 profesionales. La edad media de la muestra es de 41.32 (+ 7.47) años, con una experiencia laboral media de 14.63 (+ 7.1) años. Un 58% (n=118) eran enfermeras y el 41% (n=84) TCAE. Un 6.3% (n=13) eran hombres y un 92.2% (n=189) mujeres. Han recibido formación sobre UPP un 40% frente a un 60% (n=113) que no había realizado ningún curso. De ellos un 22% (n=41) había realizado al menos 1 curso, el 9% (n= 17) 2 cursos; el 8% (n=15) 3 cursos y una (1%) había realizado al menos cuatro cursos. El nivel de conocimientos previo (escala del 0 al 10) fue de 4.18 (+1.51) puntos y el nivel posterior de 8.36 (+1.46) puntos. Por categorías profesionales la media es de 4,43 (+ 1,39) en el caso de las enfermeras y de 3,80 (+ 2,7) para las TCAE. En cuanto a la escala de actitudes, las enfermeras puntúan de media Pre-test 7,18 y Post-test: 7,96 mientras que las TCAE la puntuación media es de 7,36 y 8,85 respectivamente. Existe correlación en ambas categorías profesionales entre el índice de conocimientos y las actitudes ($p = 0,000$), pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el test post de enfermeras ($p = 0,746$) y TCAE ($p = 0,455$) respectivamente. Se obtuvieron correlaciones negativas entre el nivel de conocimientos previos y la edad (ρ de Spearman = -0,99; $p = 0,295$) para las enfermeras y ($\rho = -0,169$; $p = 0,130$) para las TCAE, es decir, se sugiere que en ambas categorías profesionales los más jóvenes tenían mayor índice de conocimientos. En relación a la experiencia profesional, a menor experiencia mayor nivel de conocimientos en Enfermeras ($\rho = -0,57$; $p = 0,541$) y TCAE ($\rho = -0,380$; $p = 0,001$). En relación al número de cursos la relación es positiva y estadísticamente significativa en enfermeras ($\rho = 0,233$; $p = 0,015$) y para las TCAE ($\rho = 0,231$; $p = 0,042$).

Conclusiones: Las intervenciones educativas prácticas acompañadas de material impreso son eficaces para aumentar el nivel de

conocimientos y mejorar las actitudes frente a la prevención de UPP a los 3 meses. Los datos sugieren que el perfil que más puede resultar beneficiado de estas actividades prácticas sería el de aquel profesional que no ha realizado ningún curso, es un profesional de mayor edad y mayor experiencia profesional, independientemente de la categoría profesional. Los datos coinciden con estudios anteriores aunque no existen precedentes en relación a las actitudes frente a la prevención. El hecho que nuestra escala no haya sido aún validada es una limitación de este estudio.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

1. Lindgren M, Unosson M, Krantz AM, Ek AC. Pressure ulcer risk factors in patients undergoing surgery. *J Adv Nurs*. 2005 Jun;50(6):605-12.
2. Wedge C, Gosney M. Pressure-relieving equipment: promoting its correct use amongst nurses via differing modes of educational delivery. *J Clin Nurs*. 2005 Apr;14(4):473-8.
3. Clarke HF, Bradley C, Whytock S, Handfield S, van der Wal R, Gundry S. Pressure ulcers: implementation of evidence-based nursing practice. *J Adv Nurs*. 2005 Mar;49(6):578-90.
4. García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL, López Medina IM, López Ortega J. Conocimiento y utilización de las directrices de prevención y tratamiento de las úlceras por presión centros de salud de Andalucía. *Gerokomos*. 2002.13: 214-222.:
5. Soldevilla Agreda, JJ; Torra i Bou, JE; Verdú Soriano, J; Martínez Cuervo, F; López Casanova, P; Rueda López, J; Mayán Santos, JM. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes*. *Gerokomos* 2006. 17(3):154-172
6. Zamora Sánchez J.J. Conocimiento y uso de las directrices de prevención y tratamiento de las úlceras por presión en un hospital de agudos. *Gerokomos*. 2006. 17(2): 51-61:
7. Pancorbo Hidalgo, Pedro L; García Fernández, Francisco Pedro; López Ortega, Jesús; López Medina, Isabel María. ¿Son conocidas las recomendaciones basadas en evidencias científicas para el cuidado de pacientes con úlceras por presión? *Index Enferm*. 2003. Año XII(40-41):94
8. Quesada Ramos C y García Diez R. Evaluación del grado de conocimiento de las recomendaciones para la prevención y el cuidado de úlceras por presión en unidades de críticos. *Enferm Intensiva* 2008;19(1):23-34
9. Gould, Dinah, James, Trudi, Tarpey, Aideen, Kelli, Daniel, Pattison, Dorothy&Fox, Caroly. Intervention studies to reduce the prevalence and incidence of pressure sores: a literature review. *Journal of Clinical Nursing* 2000;9 (2), 163-167

POSTER 89**AUTORES/AUTHORS:**

MERCEDES VAZQUEZ JIMENEZ, MARTA DIAZ SUAREZ, MONICA JIMENEZ ALAMINOS, ANA BELEN IZQUIERDO MUÑOZ, M^a DOLORES ARAQUE LOPEZ

TÍTULO/TITLE:

EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL COLECTIVO DE ENFERMERIA EN UNA UNIDAD DE INGRESO

OBJETIVOS

Evaluar la percepción de la calidad asistencial prestada por el colectivo de enfermería en una unidad de ingreso hospitalario de Medicina Interna.

Estimar el impacto mediante un diseño antes-después del protocolo de mejora en la percepción por el paciente de la calidad asistencial prestada por el colectivo de enfermería.

METODOS

Se seleccionaron aquellos pacientes ingresados un mínimo de tres días en la unidad. A todos los pacientes, al momento del alta y antes de recibir el informe se le pasará una encuesta, informándole del anonimato y voluntariedad de la misma. Durante dos periodos de 6 meses (agosto 07 - febrero 08 pre-intervención, y agosto 08 - febrero 09 post-intervención) se pasó el cuestionario de satisfacción a los pacientes ingresados en la Unidad.

En dicha encuesta se recogía de forma anónima datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios) y del nivel de dependencia de cada paciente.

Mediante un cuestionario creado ad hoc se exploró la opinión del paciente sobre el trato e información recibidas, el grado de conocimiento de quienes le atendieron, y visitas recibidas.

Se evaluó la satisfacción de los pacientes en relación a la calidad de los cuidados de enfermería con una escala específica y validada: escala LOPPS (LaMonica-Oberst Patient Satisfaction Scale) que consta de 12 ítems de formulación negativa y positiva que describen la percepción que el paciente tiene de las conductas de enfermería.

Las variables se resumieron con medidas de tendencia central y de dispersión (variables cuantitativas) y con frecuencias absolutas y relativas (cualitativas). Las comparaciones antes-después se realizaron con pruebas t-test para datos independientes. Se utilizó un nivel de significación de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se realizaron 155 encuestas en el periodo pre intervención, 85 hombres (54,8%) y 66 mujeres (42,6%). La edad media fue de 65,5 años (DE 17,5 años; rango de 16 a 93 años).

Se realizaron 160 encuestas en el periodo post-intervención, 86 hombres (54,8%) y 71 mujeres (45,2%). La edad media fue de 72,5 años (DE 15,7 años; rango de 20 a 99 años).

De forma global, la escala LOPPS no fue significativamente diferente en ambos periodos: la puntuación media en la escala LOPPS fue de 32 puntos (DE 14, 5; rango de 12 a 75 puntos) en el periodo pre-intervención y de 33 puntos (DE 12,8; rango 12 a 66 puntos) en el periodo post-intervención.

Los cambios en la escala LOPSS fueron estadísticamente significativos para los ítems: L1; L3, L7, L8, y L10, con puntuaciones más altas en el periodo post-intervención.

También mejoró significativamente el grado de conocimiento de las enfermeras que le atendieron (30,5% vs. 54,5%; $p < 0,001$) y de las auxiliares de enfermería que le atendieron (22,3% vs. 36,5%; $p = 0,007$)

DISCUSION

La edad, el sexo del paciente, la situación socioeconómica, la presencia de enfermedades crónicas, la mala situación de salud y la utilización frecuente de recursos sanitarios son factores que han sido analizados en otros estudios [6-9]. La edad avanzada incrementa la satisfacción de los pacientes y las personas más jóvenes tienden a mostrar menores niveles de satisfacción [7]. El

grado de satisfacción de los pacientes con respecto a la atención recibida, es fundamental para la evaluación de los servicios y así mejorar la calidad asistencial.

Uno de los principales problemas a la hora de comparar estudios sobre la percepción de la calidad asistencial del colectivo de enfermería en el ámbito hospitalario no sólo es su escasez, sino también la falta de homogeneidad en cuanto a las herramientas empleadas [11]. Por ello, para la realización de este estudio se ha decidido utilizar la escala LOPPS [12], escala adaptada y validada para medir la satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería [1].

CONCLUSIONES

En el periodo pre-intervención:

- 1.El nivel de satisfacción de los pacientes en nuestra unidad según la escala LOPPS es aceptable y similar al obtenido en otros centros sanitarios
- 2.La satisfacción del paciente es mayor en aquellos con un mayor nivel de dependencia.
- 3.Es necesario introducir cambios en relación al reconocimiento del personal de enfermería por parte del paciente, el grado de información recibida y el régimen de visitas de la unidad de hospitalización.

En el periodo post-intervención:

- 1.El nivel de satisfacción de los pacientes en nuestra unidad según la escala LOPPS y respecto al periodo pre-intervención ha mejorado.
- 2.Se han obtenido mayores puntuaciones en los ítems positivos relacionados con la comprensión de la enfermedad (L1), la ocupación por el paciente (L3), la utilidad de los consejos dados (L7), compartir sentimientos (L8) y la comprensión de los problemas (I10)
- 3.Mayor conocimiento por el paciente de las enfermeras y auxiliares de enfermería
- 4.Mayor concienciación de las molestias causadas por las visitas.

IMPLICACIONES PARA LA PRACTICA

Hemos indentificado aspectos deficientes en el proceso asistencial y comprobado como hay factores que mejoran la interrelación entre profesionales y pacientes ofreciendo mayor calidad asistencial y promoviendo una relación donde la credibilidad, la fiabilidad y la competencia son una garantía total de nuestro trabajo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- [1] Cabrero J, Richart M. Adaptación española de una escala para medir la satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería. Primeros resultados. *Psicología española en la Europa de los 90: ciencia y profesio*. Vol. 7, 1990 (Psicología y salud: Psicología de la salud / coord. por Jesús Rodríguez Marín), pags. 297-301.
- [2] Carrion-Bolaños MI, Blanco Rodríguez JM, Salinero-Aceituno M, Rodríguez Jiménez MA, Calvo Martín C, Valenzuela-álvarez D. Calidad percibida por los pacientes en un hospital de agudos, medida a través de encuestas. *Rev Calidad Asist* 2003; 18 (1): 39-45.
- [3] Duarte Clíments G, Aguirre-Jaime A. Enfermera amable, paciente stisfecho. Validación de una nueva escala de la satisfacción de los usuarios. *Enfermería Clínica* 2003;13 (1): 7-15.
- [4] Haro-Fernández F, Martínez-López MB. Instrumentalizar la comunicación en la relación enfermera-paciente como aval de calidad. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17(8):613-8.
- [5] Pujiula-Masó J, Suñer-Soler R, Puigdemoint-Guinart M, Grau-Martín A, Bertrán-Noguer C, Hortal-Gasull G, et al. La satisfacción de los pacientes hospitalizados com indicador de la Calidad Asistencia. *Enfermería Clínica* 2006;16 (1):19-26.

- [6] Santiñá M, Prat A, González M, Trilla A, Asenjo MA. Calidad percibida y sexo de los pacientes atendidos en un hospital universitario. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17(4):218-23.
- [7] Santiñá M, Prat A, Martínez G, Quintó L, Trilla A, Asenjo MA. Influencia de la edad del paciente en la percepción de la calidad asistencial. *Rev Calidad Asistencial* 2004; 19(4):238-42.
- [8] Redondo S, Bolaños E, Almaraz A, Maderuelo J. Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: Una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de atención. *Aten Primaria*. 2005; 36(7): 358-66.
- [9] Barrasa JI, Aibar C. Revisión sistemática de los estudios de satisfacción realizados en España en el período 1986-2001. *Rev Calidad Asistencial* 2003;18(7):580-90.
- [10] Gutierrez R, Rubio M, Fernández J, Navarro C, Parra B. Mejora en la calidad percibida: el plan de los pequeños detalles del SESCAM. *Rev Calidad Asistencial* 2004; 19(2):88-91.
- [11] CABRERO, J.; RICHART, M. y REIG, A. (1995). Validez de constructo de tres escalas de satisfacción del paciente mediante la estrategia de matrices multirrasgo-multimétodo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21(77):359-395.
- [12] La Monica EL, Oberst MT, Marea AR, Wolf RM. Development of a patient satisfaction scale. *Research in Nursing and Health* 9, 45-50

POSTER 90**AUTORES/AUTHORS:**

M^a ÁNGELES VELASCO SÁNCHEZ, M^a ÁNGELES VELASCO SÁNCHEZ, CARMEN PEINADO BARRASO, PILAR GARCIA GARCIA

TÍTULO/TITLE:

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE FLEBITIS

INTRODUCCIÓN

La seguridad es un componente esencial del sistema de calidad que debe sustentar la mejora de la misma. Hablar de seguridad del paciente es abordar el proceso por el cual una organización le proporciona atención y cuidados seguros, lo que se manifiesta por la ausencia de lesiones accidentales atribuibles a los mismos.

La canalización venosa es un técnica de enfermería, cuya finalidad es la de administrar medicación con fines diagnósticos y/o de tratamiento. La utilización de accesos vasculares es un procedimiento frecuente en el ámbito de la práctica hospitalaria. Sin embargo no está exento de complicaciones, siendo la flebitis la más frecuente.

OBJETIVOS

• Determinar el índice de prevalencia de flebitis asociada a catéteres de inserción periférica.

• Identificar desviaciones de la normalidad sobre las que hubiese que intervenir.

• Analizar los datos obtenidos y plantear acciones de mejora.

MATERIAL Y METODOS

Estudio descriptivo y transversal de casos, realizando un corte mensual, en un día establecido y con una recogida de datos unificada durante al año 2008.

Criterios de inclusión: pacientes portadores de catéteres de inserción periférica ingresados en la 7^a Planta de Hospital General, de los HH UU Virgen del Rocío de Sevilla, en las Unidades de Colagenosis, Endocrino, Oftalmología, Medicina Interna, Reumatología. Del mismo modo se estudiarán también a los pacientes de otras especialidades que ingresen en nuestras unidades y estén presentes en el momento del corte. En caso de presentar un paciente más de una vía periférica simultáneamente, se considerarán para su análisis todas ellas.

Se elabora una ficha técnica donde se recogen los siguientes datos: Identificación del paciente, fecha de registro, tipo de catéter, tipo de conexiones, localización del catéter, tipo de infusión, puntuación Escala de Maddox, observaciones del evaluador del indicador y firma de conformidad de la enfermera responsable del paciente.

RESULTADOS

Se realizan 9 cortes en el año con un número total de 164 pacientes, 39 de ellos con flebitis.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los indicadores proporcionan una medida de las complicaciones potencialmente evitables surgidas durante un episodio de hospitalización. La canalización y los cuidados de las vías venosas de abordaje periférico, constituyen un indicador científico-técnico fundamental de la práctica enfermera. Aspecto de la atención enfermera que ha de estar monitorizado con el objetivo de identificar desviaciones de la normalidad sobre las que hubiese que intervenir.

Es necesario impulsar una adecuada organización asistencial donde se favorezca la implementación de las estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes y establecer acciones cuyo objetivo sea aumentar la calidad de la asistencia sanitaria proporcionando atención y cuidados más seguros y satisfactorios.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Estrategia para la Seguridad del Paciente. Consejería de Salud 2006.
2. Rivas Doblado, Jesús S; Artes León, Jose L; Arjona Barcia, Francisco; Carmona Heredia, David; Soriano Vilanova, Francisco Javier; Mejías Montaña, Francisco Manuel; Medina Fernández, Antonio Javier. Prevención de la flebitis en la canalización de vías

endovenosas. Hygia de Enfermería 2005 ene-abr XVII (59):19-24.

3. Virto Pejenaute M, Esteban Fernández MÁ, Garcés Tapia A, César Sola A, Ibáñez Abad MC, García Aizpun M. Mantenimiento del catéter venoso periférico (CPV) durante más de tres días. Rev ROL Enf 2009; 32(5):326-330.

7. Palomar, M; Vaque, J; Álvarez Lerma, F; Pastor, V; Olaechea, P; Fernández-Crehuet, J. Indicadores de infección nosocomial. Med Clínica 2008 dic 131(Extraord.3)48-55.

POSTER 93

AUTORES/AUTHORS:

Osmar de Oliveira Cardoso, Cristiana Aparecida Rosa

TÍTULO/TITLE:

AVALUACIÓN DE DOLOR EN EL RECIÉN NACIDO POR LOS PROFESIONALES DE SALUD DE UNA UTI NEONATAL

OBJETIVO: Evaluar se los profesionales de la UTIN observan y manejan el dolor apropiadamente.

METODOLOGÍA: Una evaluación transversal cuali e cuanti con 72 profesionales de salud de la UTIN, de un hospital de Uberaba, Brasil, con la aplicación de cuestionario.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: Profissionais: psicólogo, 1%; fonoaudiólogo, 1%; fisioterapeuta, 4%; enfermeras, 7%; médicos, 25%; técnicos de enfermería, 62%. De ellos, 44% tenían pos-grado.

El recién nacidos (RNs) se recuerdan de la dolor: 2% de los profesionales respondieron y discreparon totalmente (DT), 15% discreparon (D), 15% ni están de acuerdo ni discrepan (NAND), 33% estaban de acuerdo (A) y 35% contestaron que están de acuerdo (CA). La inmadurez del sistema nervioso del neonato los impide de sentir el dolor: 50% DT, 3% A, 4% NAND, y 43% D. El niño es incapaz de incorporar al sistema cognoscitivo a la experiencia del dolor: 37% DT, 4% CA, 8% A, 3% NAND y 48% D. Los niños sienten menos dolor que los adulto: 58% DT, 39% D, 2% NAND, 1% A, pero ninguno de los profesionales CA.

La conducta del bebé siempre refleja su dolor: 7% DT, 28% D, 8% NAND, 50% C y 7% CA. 51% DT que en el recién nacido, lo que es menos importante en el momento es su dolor, 36% D, 4% NAND, 7% C y 2% CA.

Los niños presentan señales fisiológicos cuando sienten dolores: 60% A, 39% CA y 1% NAND. Se pidió para que ellos señalaran o que los RNS presentan cuando sienten dolor: la palpitación, 91,7%, 70,8% creen que el RN tienen taquipnéia, 48,6% presión intracraniana aumentada, 51,4% sudorese palmar, 9,7% disminución de la tensión arterial, 4,2% disminución de la presión venosa, 16,7% bradicardia, 76,4% saturación de oxígeno disminuída, 1,4% presión intracraniana reduccida, 65,3% aumento de la tensión arterial, 31,9% aumento de la presión venosa central, 38,9% apnéia, 13,9% bradipnéia, 36,1% temperatura, 88,9% facies de dolor, etc., 16,7%, mencionándose movimientos de la lengua (1,4%), temblores e sollozo (1,4%), agitación (4,2%), perda de peso (2,8%), irritabilidad (5,6%), la mímica facial (1,4%), rigidez del tórax (1,4%), movimientos del flexión y extensión de las extremidades (1,4%) lloro (6,9%).

Cual la frecuencia que ellos evalúan el dolor en el RN: Siempre/todas las veces, 46%, siempre que yo pienso ser necesario, 36%, a veces, 11%, raramente, 4% y nunca, 3%.

Para la importancia que el profesional imputa la evaluación del dolor en el RN, y otras evaluaciones: mucha importancia, 49%, importancia, 43%, ni mucha ni poca importancia, 3% y poca importancia, 5%.

Para someter un recién nacido a un procedimiento, usa o pide medidas de prevención del dolor: sí, 65%, a veces, 31% y nunca, 4%. De ellos que siempre usan medidas de prevención de dolor, 65% usan medicamentos y 35% usan métodos no medicamentosos para intervenir en el dolor del RNs. De ellos que a veces usan medidas de prevención de dolor, 43% usan medicamentos y 57% usan métodos no medicamentosos.

De ellos que conocían algún instrumento de evaluación de dolor en RNs, 42% contestaron que no y 58% que sí. Cual instrumento conocía; 6,9% conocían las alteraciones fisiológicas, 25% la escala de facies, 1,4% la escala de McGill, 2,8% la escala NIPS, 4,2% La escala de Confort, 1,4% la escala PIPP, y 9,7% no mencionaron.

Preguntado se usaba de alguna escala para la evaluación de dolor en RNs, 79% no usaban y 21% usaban algún tipo de la escala. Las escalas mencionadas por ellos eran: la facies (12,5%), NIPS(2,8%), Confort (1,4%), señales fisiológicas (2,8%).

Los procedimientos no farmacológicos en el tratamiento y prevención del dolor en RNs fueran señalados por todos ellos. Así, 77,8% la succión no nutritiva, 86,1% la atmósfera tranquila, 73,6% el cantar para el neonato dormir con un toque empaquetador, 77,8% el hablar com el RN, 52,8% el ofrecer agua glicosada, 68,1% masajear el RN, 72,2% acariciar el neonato. En el uso rutinario se preguntó se él hicía el uso de estas medidas. Las respuestas fueran: sí 72%, no 27% y no sé 1%.

Para ellos, los indicadores de dolor son: lloro 98,6%, movimientos de miembros, 69,4%, alteración del ciclo sueño/vigilia, 61,1%, mímica facial, 72,2%, apatía, 23,6%, tensión muscular, 83,3%, relajación muscular, 5,6% y irritabilidad para 97,2%.

Para disminuir o prevenir el dolor en RN, las respuestas fueran: planificación de los procedimientos agresivos (91,7%), poca movimentación (61,1%), período de sueño sin interferencias (3 horas) (69,4%), reducción de los productos adhesivos (73,6%), poca luz (76,4%), nivel bajo de ruidos (93,1%), ambiente calmo (93,1%), contacto con los padres (84,7%) y otros (5,6%) son mencionados: contacto cuidadoso, método madre canguro, succión no nutritiva, cariño habla suave, cambio de decúbito y analgesia antes de

procedimientos dolorosos.

CONCLUSIONES: Algunos ignoran o no estan seguros que el RN siente dolor y se nota aunque que los profesionales no reconocen que los neonatos sienten más dolor, ya es considerado lo quinto señal vital. Hay mucho a ser desarrollado para la completa formación del profesional que trabajará con ese grupo de riesgo. Así, sugerimos que hay una educación continua para que ellos puedan adquirir el conocimiento en el dolor, así como el manejo apropiado del dolor en RN.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- BARBOSA, FS; VALLE IN. Dor em recém nascidos: avaliação e tratamento não-farmacológico em UTI Neonatal Online Brazilian Journal of Nursing v 5; n. 2, 2006
- CALASANS, MTA; KRAYCHETTE, DC. DOR DO RECÉM-NASCIDO ? um desafio. Rev. Recrearte, Santiago de Compostela - Espanha, n. 4, sessão 6, dec. 2005.
- CHERMONT, AG. O que os pediatras conhecem sobre avaliação e tratamento da dor no recém-nascido? Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 79, n. 3, p. 265-272, maio/junho 2003.
- MACHADO, MGP. et al. A Dor em Neonatologia. In: PEREIRA e SILVA, Y.; SILVA, J. F. Dor em pediatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 105-115.
- MACHADO, MGP. et al. Conseqüências a Longo Prazo da Dor Infantil. In: PEREIRA e SILVA, Y.; SILVA, J. F. Dor em pediatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 94-97.
- MARCATTO, JA. et al. A Avaliação da Dor na Infância. In: PEREIRA e SILVA, Y.; SILVA, J. F. Dor em pediatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 81-93.
- PRESTES, ACY. et al. Freqüência do emprego de analgésicos em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal universitárias. Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, p. 405-410, set./out. 2005.
- ROCHA, PVS. et al. A Percepção da Dor do Recém-Nascido pela Equipe de Saúde em um Hospital Público de Goiânia. Goiânia, 2005. Disponível em: <http://www.prp.ueg.br/06v1/ctd/pesq/inic_cien/eventos/sic2005/arquivos/saude/a_percepcao_dor.pdf>. Acesso em: 22 de junho de 2008.
- SANTOS, JA et al. Os recém-nascidos sentem dor quando submetidos à sondagem gástrica? Jornal de Pediatria. Rio de janeiro, v. 77, n. 5, p. 374-380, 2001.
- SCOCHI, CGS. et al. A dor na Unidade Neonatal sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem de um hospital de Ribeirão Preto-SP. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 59, n. 2, p. 18-194, mar./abr. 2006.
- SILVA, YP. et al. História da Dor em Pediatria ? a situação do Brasil. In: PEREIRA e SILVA, Y.; SILVA, J. F. Dor em pediatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 3-7.
- SILVA, YP. et al. Avaliação da dor em neonatologia. Revista Brasileira de Anestesiologia. Campinas, v. 57, n. 5, p. 565-574, set./out. 2007.
- VIANA, DL. et al. A avaliação da dor na criança pelas enfermeiras na Unidade de Terapia Intensiva. São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.pediatrasiapaulo.usp.br/upload/pdf/1188.pdf>>. Acesso em: 22 de junho de 2008.

POSTER 95**AUTORES/AUTHORS:**

Inês Maria Cruz Sousa

TÍTULO/TITLE:

Self management in Hypertension

Introduction

One of the most common disorders in the world is hypertension. Hypertension is a chronic, asymptomatic disease that affects approximately one billion persons worldwide [1]. In Portugal, the prevalence of this clinical condition was estimated to be 42,1% of the population, representing about 3 311 830 people of both sexes [2].

The high prevalence of this clinical condition, and the devastating complications attributed to uncontrolled blood pressure (BP), are recognized worldwide as a major public health problem. The WHO and the International Society of Hypertension estimated that hypertension is responsible for seven millions of premature deaths worldwide [3].

Although many studies have demonstrated the benefits of medication and lifestyle modifications in reducing BP, there are few patients with controlled BP [4,5]. In spite of this absence of hypertension control being a problem with multiple causes, people's adherence to the treatment is a key factor for the success of the anti-hypertensive treatment. Poor adherence to treatment was identified as the major cause of uncontrolled BP, while proper adherence has been associated with improved BP control and reduced complications arising from hypertension.

Aims

The goals of this study were to evaluate the level of adherence to the therapeutic regimen; identify the knowledge level about the disease; identify factors that influence non-adherence; and, finally, relate the knowledge level about hypertension and the socio-demographic characteristics with adherence to the therapeutic regimen.

Method

An exploratory cross-sectional and methodological study was developed. The research was carried out in a Health Care Center in Porto, and the sample comprised 108 people with high blood pressure. A convenience sampling method was used and the data was collected between November 2004 and January 2005.

The sample's inclusion criteria were: people accepting to participate in the study; having hypertension for more than one year; attending a hypertension medical or nursing appointment; and being at least eighteen years old.

The self-report method was chosen to evaluate adherence to the different treatment's components; to identify causes of non-adherence and knowledge about the disease. The questionnaire that was created with the aim of collecting data about the variables under study comprises three different parts: socio-demographic and clinical data; adherence to recommendations for hypertension treatment (dietary restrictions, physical activity, alcohol intake, smoking and medication) and reasons of non-adherence; knowledge about the disease.

Results

Concerning the sample's socio-demographic characteristics, the participants' mean age was 64,8 years (SD=10,3), the minimum age was 39 years and the maximum age was 87 years.

Participants were mostly women, more precisely two thirds of the sample. More than half of the sample had at least four years of schooling. The illiteracy level was 12%. Most of the respondents were not active in their profession due to retirement or disability (64%), unemployment (9%) or other situations (6%). The other twenty percent were active professionals.

Most of the participants lived accompanied. More than half, about 54%, referred social support, namely husband or wife and sons, in the management of the treatment.

Regarding clinical variables, hypertension had been diagnosed, on average, 10 years ago (SD=9,75). The time of diagnosis ranged between 1 and 57 years. Forty seven percent had family history of hypertension and 37% lived with other hypertensive people. Besides hypertension, most of the participants had other chronic diseases, such as diabetes, lung disease, etc, which required regular medication and/or life style modifications. Blood pressure measurement was mainly done in the Health Care Center and 21,3% monitored it at home.

The level of adherence to the therapeutic regimen, which was measured in terms of the average score along the different dimensions of the scale, was 3,9 (DP=0,4). The minimum value was 2,3 and the maximum 5, which suggests that at least one participant adhered completely to all treatment's dimensions. Levels of adherence were shown to be lower in physical activity and dietary restrictions,

with higher levels of adherence occurring in alcohol intake, smoking and medication. The medication regimen showed the highest adherence level, thus confirming the trend in other studies conducted in this area [6,7].

Although patients were generally informed about the disease's therapeutic regimen by health care professionals and had knowledge about the disease, a statistically significant relation was not found between these variables and adherence. Nevertheless, concerning the socio-demographic characteristics, several statistically significant relations were found between age, gender, professional status, social support, and different therapeutic regimen's dimensions. The importance given to the pleasure of eating, smoking and consuming alcoholic drinks seemed to be the main cause of non-adherence.

Conclusions

Poor adherence to life styles modification in patients having chronic diseases has been largely reported. The results of this study also point towards this direction.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- [1] CHOBANIAN A.V., BAKRIS G.L., BLACK H.R., CUSHMAN W.C., GREEN L.A., IZZO J.L., JONES D.W., MATERSON B.J., OPARIL S., WRIGHT J.T., ROCCELLA E.J. ? The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. JAMA. Vol. 289, nº 19 (Mai. 2003), p. 2560-2572.
- [2] MACEDO M.E., LIMA M.J., SILVA A.O., ALCANTARA P., RAMALHINHO V., CARMONA J. ? Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Portugal: the PAP study. Journal of Hypertension. Vol. 23 (2005), p. 1661-1666.
- [3] WORLD HEALTH ORGANIZATION; INTERNATIONAL SOCIETY OF HYPERTENSION WRITING GROUP ? 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. Journal of Hypertension. Vol. 21, nº 11 (2003), p. 1983-1992.
- [4] KEARNEY P.M., WHELTON M., REYNOLDS K., WHELTON P.K., HE J. (2004) ? Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. Journal of Hypertension. Vol. 22, nº 1, p. 11-19.
- [5] SHARMA A. M., WITTCHEN H.U., KIRCH W., PITTROW D., RITZ E., GOKE B., LEHNERT H., TSCHOPE D., KRAUSE P., HOFER M., PFISTER H. BRAMLAGE P., UNGER T. ? High prevalence and poor control of hypertension in primary care: cross-sectional study. Journal of Hypertension. Vol. 22, nº 3 (Mar. 2004), p. 479-486.
- [6] KINGAS H. A., LAHDENPERA T. S. ? Compliance of patients with hypertension and associated factors. Journal of Advanced Nursing. Vol. 29, nº 4 (1999), p. 832-840.
- [7] YOUSSEF R. M., MOUBARAK I. I. ? Patterns and determinants of treatment compliance among hypertensive patients. Eastern Mediterranean Health Journal. Vol. 8, nº 4 (2002).

POSTER 98

AUTORES/AUTHORS:

katayon esmaeili, sina ganji-morad

TÍTULO/TITLE:

Study of the Relationship between Mental Health and Educational Achievement in Kermanshah University

Katayon Esmaeili. Sina Ganji-Morad.

(Kermanshah University of Medical Sciences. Kermanshah, Iran)

Mental health is an important part of general health. Incidence of mental disorders in college students located in developing countries is 10-12%. The purpose was to study the relationship between mental health and educational achievement in nursing-midwifery students in Kermanshah University during the year 2008.

Material and Methods: This analytical cross sectional study was conducted on 92 college students. Data was collected by questionnaire which consisted of demographic information and standard questionnaire SCL-90 (symptom checklist-90-revised). More than 1000 studies have been conducted demonstrating the reliability, validity, and utility of the instrument. This scale assesses nine symptoms (somatization, obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation, psychoticism). Data was analyzed by T-test and Pearson Correlation test.

Results: Mean age of samples was 21.7 (19-32 years), 63.3% were female, average point (as an index of achievement) was 16 from 20 (14-19). Results showed a statistically significant relationship between the mental health of students and educational achievement, income, age, sex, major, and place of living. There was a significant relationship between the average of point and phobic anxiety ($P = 0/042$), as well as psychoticism ($P=0/03$).

Conclusion: Based on our findings, and incidence of mental disorders in nursing-midwifery students, we suggest that the development of educational programs for reducing stress levels and preventing mental disorders will help college students to complete their education successful. Social support and the use of appropriate counseling may help in the coping of problems, helping improve mental health.

Key word: mental health, SCL-90, students, college, educational achievement.

Katayon_esmaeili@yahoo.com or Kesmaeili2000@yahoo.com

Address : Nursing-Midwifery University.

Kermanshah city. Iran

Tel# 0098918831590 or #00989188572331

Work tell :00988318249796 & Work Fax: 00988318279394

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

References: 1- Oxford advanced learner's dictionary. As Hornby. Walton Street, Oxford, ox26dp-oxford. New York. 1999 2- Dorland's Pocket Medical Dictionary. 25 editions. W.B Saunders Co. Philadelphia. Pennsylvania.1995. 3- Oxford Reference Dictionary of Nursing. Walton Street. Oxford ox26Dp. Oxford. New York.1991. 4- Midtgaard, M and et all. Mental Health Treatment Needs for medical Students: A national Longitudinal Study. OSLO. Norway- Online at 6/ Sep / 2008. 5- Free burn, M. Sinclair, M. Mental Health Nursing Students Experience of Stress .Digital Objective Identifier (DOI). 10/111/j.1365-2850.2008-01376 ?Abou. 6- Mohamadi M.R. and et all. Epidemiological study of psychiatric Disorder in Khorasan province in 2001. Journal of Sabzevar school of Medical sciences. Vol: 2. No: 1. spring 2004. 7- Nazarian S. and et all . The survey on status of mental health of college students of Sanandaj Medical sciences. Summer. 2007. 8- Sepehermanesh, Z and et all. Assessing the mental health of adolescents in Kashan . Iranian Journal of Epidemiology. Vol: 4 . No: 2 . Summer 2008. 9- [Http://www.pearsonassessments.com/tests/scl90r.htm](http://www.pearsonassessments.com/tests/scl90r.htm).2007/02/05 10- Amani,F and et all. The study of Incidence of depression of medical students of Ardabil University. <http://www.arums.ac.ir/majaleh/archive/N11/n11-1A.htm> 11- Forotani, M. R. The study of mental health in college students of Larestan. Larestan .2003. 12- Hashemi, H.J. and et al. Mental health in college student in Qhazvin. PAYESH. Health Monitor Journal

of Iranian Institute for health sciences research. Vol: 3 . No: 2. Apr 2004. 13- Rezaei, R. And et all. Study of relation between Studying of universities and psychiatric Health in first and last grad students of Nursing. Iranian Journal of Nursing research. Vol: 1. No: 3. winter 2006. 14- Tabiby ,J . Study of mental health in students of college of Sabzevar University. Journal of Sabzevar Medical sciences. Vol : 12 . No: 4 . winter 2005.

POSTER 99**AUTORES/AUTHORS:**

Margarida Ferreira, Constança Paúl

TÍTULO/TITLE:

BRIEF NUTRITION INTERVENTION IN HIGH-SCHOOL STUDENTS

INTRODUCTION:

?Adolescence offers a window of opportunities to intervene early, not only preventing the beginning of risk behaviours, but also influencing the adherence to healthy behaviours that last throughout the life? (Story et al., 2000, p. 362).

The school is recognized since a long time as a local of excellence to fulfill actions of education to health to the adolescents (Cohall et al., 2007; Guldbbrandsson & Bremberg 2005), as it is a place where the majority of the adolescents is found and is the place where these spend a great part of their time (Kubik et al., 2005).

Recent research has proved that short and well structured health sessions, targeting high-school students, may lead to multiple positive changes on adolescents behaviour (Werch et al., 2007).

Healthy nutrition is one of the more relevant themes in education for health that takes place in schools.

OBJECTIVES:

The main objective of this study was to evaluate the effectiveness of an action of education for health in the knowledge of adolescents about nutrition.

Evaluate the effectiveness of an action of education for health in the change of attitude or feed behaviour of adolescents.

METHODOLOGY:

We carried out a quasi-experimental study. Data collection was carried out in October and November of 2005 (first phase), and in March and April of 2006 (second phase). Baseline and 1 month post-intervention data were collected, in the classroom, using an anonymous knowledge evaluation questionnaire and a self-report questionnaire both of them about nutrition.

Intervention: was delivered in a 90 minute weekly class session on January 2006. Three sessions of nutrition were realized only to the experimental group, by the researcher.

The sample used in this study came from two schools in the district of Porto. Experimental group ? 140 high-school adolescents (10th, 11th, and 12th grades), aged between 15 and 19 years old, 67,1% were girls. Control group ? 178 high-school adolescents (10th, 11th, and 12th grades), aged between 15 and 19 years old, 61,8% were girls.

RESULTS:

The two groups had the same characteristics in relation to gender (Chi-Square=0,97, $p=0,32$), age ($\chi^2(318)=-0,03$, $p=0,63$), school grade ($\chi^2(318)=0,02$, $p=0,70$), and also equal pre-test knowledge about nutrition ($F(1,393)=0,17$, $p=0,68$).

The post-test knowledge of the experimental group increased ($F(1,318)=30,50$, $p=0,000$), and there was no significant difference between pre- and post-test knowledge in the control group ($F(1,425)=0,47$, $p=0,49$).

There is a significant interaction between time and group, in what concerns the number of meals per day (Pillai trace=0,77, $F(1,316)=26,50$, $p=0,000$), and the number of meals before lunch (Pillai trace=0,55, $F(1,316)=18,27$, $p=0,000$). A slight increase of the number of meals per day, and in the number of meals before lunch, was observed in the experimental group, while the opposite was observed in the control group.

There is a significant interaction between time and group, in what concerns the consumption of: chewing-gums (Pillai trace=0,036, $F(1,313)=11,803$, $p=0,001$); cakes (Pillai trace=0,099, $F(1,315)=34,705$, $p=0,000$); sweets (Pillai trace=0,026, $F(1,315)=8,316$, $p=0,004$); ice creams (Pillai trace=0,042, $F(1,314)=13,820$, $p=0,000$); artificial juices (Pillai trace=0,109, $F(1,316)=38,671$, $p=0,000$); soda (Pillai trace=0,120, $F(1,316)=43,252$, $p=0,000$). In general, changes tend to improve the effectiveness of the intervention relatively to the consumption of sweets, with a decrease in the experimental group that is not verified in the control group (where there is a maintenance or even an increase of the consumption).

CONCLUSION:

Looking upon the results obtained, we can affirm that the sessions of health education realized were effective at the level of the

acquisition of knowledge, as from the moment of pre-intervention to pos-intervention there was a significant rise of knowledge. It is important to conclude that the intervention was effective in the acquisition of knowledge, because it is necessary that the adolescents obtain knowledge, attitude and competence that allow them to make healthy choices, to improve their health state and increase their longevity (Dowdell, 2006).

The results obtained also show that the health session (brief interventions) offered to the adolescents not only improved their knowledge, but also achieved the ultimate objective of this type of actions: to generate a positive influence on their life style and to reduce risk factors to their health.

It is vitally important for nurses to reach adolescents with targeted health related interventions and effective health-promoting programs that are based on a fundamental understanding of their developmental, psychosocial, and physical needs in order to ensure healthier lifestyles during adolescence and throughout adulthood.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Cohall, A. T., Cohall, R., Dye, B., Dini, S., Vaughan, R. D., & Coots, S. (2007). Overheard in the halls: What adolescents are saying, and what teachers are hearing, about health issues. *Journal of School Health*, 77(7), 344-350.
- Dowdell, E. B. (2006). Alcohol use, smoking, and feeling unsafe: Health risk behaviors of two urban seventh grade classes. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 29, 157-171.
- Guldbrandsson, K., & Bremberg, S. (2005). Two approaches to school health promotion ? a focus on health-related behaviours and general competencies: An ecological study of 25 Swedish municipalities. *Health Promotion International*, 21(1), 37-44.
- Kubik, M., Lytle, L. A., & Story, M. (2005). Soft drinks, candy, and fast food: What parents and teachers think about the middle school food environment. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(2), 233-239.
- Story, M., Neumark-Sztainer, D., Ireland, M., & Evans. (2000). Adolescent health and nutrition: A survey of perceived knowledge and skill competencies and training interests among dietitians working with youth. *Research and Professional Briefs*, 100(3), 362-364.
- Werch, C. E., et al. - Brief multiple behaviour interventions in a college student health care clinic. *J Adolesc Health*. 2007, 41, p. 577-85.

POSTER 104**AUTORES/AUTHORS:**

kajal khodamoradi, mansooreh Saidozakerin, mohammadali daneshyan, ISLAMIC AZAD UNIVERSITY, TEHRAN MEDICAL BRANCH

TÍTULO/TITLE:

Evaluation of academic achievement in midwifery students

Objectives:

One of the main goals of education in different university disciplines is improvement of academic achievement, which is measured by different ways; one of these ways is evaluation critical thinking skills of students. For this purpose, in some disciplines such as nursing and midwifery, improvement in critical thinking skills is necessary for students also it is considered as an indicator for determining validity and evaluation of education curriculum by United State National Council of Nursing.

This descriptive comparative study was conducted to determine academic achievements of midwifery students in three universities of Tehran city including: Tehran, Iran and Shaheed Beheshti University, by testing critical thinking skills of first- and last-term baccalaureate midwifery students and compare their scores (total score and its sub skills which is including: Analysis, Evaluation, Inference, Deductive Reasoning, and Inductive Reasoning) together.

Methods:

All 111 freshman and senior students in three medical universities in Tehran city including Tehran, Iran and Shaheed Beheshti were participated. They completed California Critical Thinking Skills Test (form B) which consists of 34 multiple choice questions. To determine validity, content validity index and face validity were measured. For this purpose questionnaire was presented to 6 faculty members of Nursing and Midwifery Universities of Shahid Beheshti and Tehran and 6 students who had the characteristics of subjects. Results of content validity showed that the mean credit of questions was 83%. Then total comments of faculty members and students were collected and some questions were changed to improve the questionnaire, by this way face validity and content validity were determined.

Also in order to determine reliability 6 students completed the questionnaire and internal consistency with calculating Cronbach's alpha showed that correlation coefficient between sub skills and also total score of test has a significant and positive correlation ($r=0/86$) then To determine test-retest, 6 students who selected for internal consistency, two weeks after the first time completed the questionnaire again and Pearson correlation coefficient between the two times of completion was measured ($r=0/86$).

Findings

Findings of this study showed that there is a significant difference between total critical thinking scores ($p<0.03$) and Analysis sub skill ($p<0.04$) of the first- and last-term students only in Iran university ($p<0.03$) and there is no any significant difference between scores of other students who is studying in the other two universities. Also there is no significant difference between Evaluation, Inference, Deductive Reasoning, and Inductive Reasoning sub skills of this two group of students in none universities.

The results of this study also showed that there is no any significant difference in critical thinking scores of students in different universities.

Discussion

In general, findings of this study showed a slight significant increase in academic achievements of senior students by using innovative methods of evaluation. These weak scores may be resulted from inadequate attention to instructing critical thinking skills as an active learning method during education.

Another reason of this weak scores may be related to use of traditional learning methods in universities in addition a lot of educators have no enough knowledge about active learning methods and do not like to use them.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

References: 1-Kathleen K (2004) Changes in critical thinking scores: An examination of one group of physical therapist students. The Journal of Physical Therapy Education.3-6. 2- Llichtman R, et al (1996) An evidence based project for evaluation strategies to improve knowledge acquisition and critical thinking performance in nurse-midwifery students. The Journal of Nurse-Midwifery & Woman's

Health. 48 (6): 455 - 463. 3-Simpson E (2002) Critical thinking in nursing education. The Journal of Nursing Practice. 8 (2): 89 ? 98.
4-Smeltzer ST, Bare BG (2004). Brunner Suddarth?s Textbook of Medical Surgical Nursing. 9th ed. New York: Lippincott Co.
5-Yaghmaie F (1997) Factors Affectiong The Used of Computerized Information Systems in Community Health. Public health doctoral dissertation. The University of Wollongong of Australia.

POSTER 106**AUTORES/AUTHORS:**

Janine Leite Moura de Oliveira, Elisa Priscila Sousa de Assis, Deusina Maria Lopes Ladeira

TÍTULO/TITLE:

Updating on motor interventions performed in critically ill patients of the Intensive Care Unit: an

Elisa Priscila Sousa de Assis (1), Janine Leite Moura de Oliveira MHS (2), Deusina Maria Lopes Ladeira MHS (3).

1- Physiotherapist, Madre Teresa Hospital; 2- Physiotherapist, Madre Teresa Hospital, Pontificia Universidade Católica de Minas Gerais; 3- Physiotherapist, Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Aim: The present literature review had as aim to evaluate the current evidences about the motor interventions performed in critically ill patients of the Intensive Care Units (ICU) to prevent and/or minimize the neuromuscular complications due to immobility in bed.

Method: Integrative Review. The guiding question for the review was: What are the motor interventions currently used in ICU patients to prevent and/or minimize the neuromuscular complications due to loss of mobility? The criteria for the inclusion of articles were: articles published in Portuguese, English and Spanish between 2004 and 2008, with sample composed of patients in ICU, of both sexes and over 18 years old. For the selection of articles the electronic databases Medline, PEDro, Cochrane were used.

Results: Twelve articles were included in the review (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12). The activities of sitting over the edge of the bed, standing, transferring from the bed or chair and functional activities were mentioned in 9 articles (1 experimental, 1 observational, 1 retrospective, 1 case study, 1 prospective cut, 1 descriptive, 1 review with recommendations and 2 randomized controlled trial). The Kinesiotherapy passive, active-assisted, active and resisted by members were also mentioned in 9 articles, being 2 of them randomized controlled. The use of tilt tables was mentioned in only 2 articles, being one experimental and the other observational. The neuromuscular electrical stimulation was only mentioned in the systematic review article.

Discussion: The kind of care with critically ill patients in ICU directly affects their life quality and functionality after leaving hospital. Physiotherapists and nurses are inserted in the multidisciplinary team and play an important role in relation to this care. As to the motor interventions, the current tendency adopted by physiotherapists is the use of early mobilizations associated to interventions with the patient's more active participation. Consequently, the need to have better knowledge about this subject and to offer intensive therapy professionals theoretical background based on current scientific evidences to be used in clinical practice is relevant. Few works were found in literature, mainly randomized controlled trial. There is a wide variety of interventions used in ICU patients nowadays. In the articles found the interventions are performed by means of protocols created in each service, with great diversity of activities proposed and groups of articles that follow the same protocol were not found, what leads to a limited evidence about what the most used and most efficient interventions are, as well as, among the ones used, which one would present less risk of instability to the patient.

Conclusion: Due to these knowledge gaps new studies are necessary for the production of strong evidences for the investigated subject. The professional responsible for leading the physical rehabilitation treatment of patients in ICU must, therefore, make individualized prescription using motor interventions in agreement with the clinical stability and the functional needs of the patients.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. STILLER K. et al. The safety of mobilization and its effect on haemodynamic and respiratory status of intensive care patients. *Physiotherapy theory and practice* 2004; 20: 175-185.

2. CHANG A. et al. Standing with the assistance of a tilt table improves minute ventilation in chronic critically ill patients. *Arch Phys Med Rehabil* 2004; 2004: 85: 1972-1976.

3. CHANG A. et al. Standing with assistance of a tilt table in intensive care: a survey of Australian physiotherapy practice. *Australian Journal of Physiotherapy* 2004; 50: 51-54.
4. MARTIN U. et al. Impact of whole-body rehabilitation in patients receiving chronic mechanical ventilation. *Crit Care Med* 2005; 33: 2259-2265.
5. PERME C. et al. Early mobilization of LVAD recipients who require prolonged mechanical ventilation. *Clinical investigation* 2006; 33: 130-133.
6. MARTIN U. et al. Impact of whole-body rehabilitation in patients receiving chronic mechanical ventilation. *Crit Care Med* 2005; 33: 2259-2265.
7. BAILEY P. et al. Early activity is feasible and safe in respiratory failure patients. *Crit Care Med* 2007; 35: 139-145.
8. CHIANG LL. et al. Effects of physical training on functional status in patients with prolonged mechanical ventilation. *Physical Therapy* 2006; 86: 1271- 1281.
9. MORRIS, P. et al. Early intensive care unit mobility: future directions. *Crit Care Clin* 2007;23: 97-110.
10. TIMMERMAN R. et al. A mobility protocol for critically ill adults. *Clinical dimension* 2007; 26: 175-179.
11. GOSSELINK R. et al. Physiotherapy for adult patients with critical illness: recommendations of the European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine Task Force on Physiotherapy for Critically Ill Patients. *Intensive Care Med* 2008; 34: 1188-1199.
12. CHOI J. et al. Mobility interventions to improve outcomes in patients undergoing prolonged mechanical ventilation: a review of the literature. *Biological Research for nursing* 2008;10: 21-33.

POSTER 107**AUTORES/AUTHORS:**

Chia-Hui Liang, Kuei-Ru Chou, Kuo-Cheng Lu, Yue-Cune Chang, Pauling Chu

TÍTULO/TITLE:

Factors Affecting Peritoneal Dialysis Selection in Taiwanese Patients with Chronic Kidney Disease (CKD)

Objectives:

This study investigated the factors affecting the selection of peritoneal dialysis by patients with chronic kidney disease (CKD). Given the fact that both hemodialysis and peritoneal dialysis therapies are available free of charge in Taiwan.

In Taiwan, has 55,499 ESRD patients on long-term dialysis (BNHI, 2009). the incidence and prevalence of ESRD is the highest in the world (428 per million and 2,226 per million in total, respectively; USRDS, 2008). USRDS [2005] data indicate that the percentage of patients undergoing peritoneal dialysis relative to the total number receiving dialysis was 80.6% in Mexico, 45.3% in New Zealand, and 80% in Hong Kong. Also indicate that the percentage of patients about 8.4% on receiving peritoneal dialysis in Taiwan. In 1995, Taiwan established a comprehensive and egalitarian health care system for its citizens. The Bureau of National Health Insurance (BNHI) implemented the zero out-of-pocket policy for hemodialysis and peritoneal dialysis therapies which has significantly eased the burden of patients with ESRD.

Factors affecting dialysis modality selection can be divided into 4 categories: (1) Personal factors: Patients who are female, younger, highly educated, married, and employed are more likely to select peritoneal dialysis rather than hemodialysis (Jager et al. 2004, Little et al. 2001, Shahab et al. 2006, Stack 2002). (2) Dialysis modality know-how: This lack of information obviously does not help patients in the decision-making process (Manns et al. 2005, Mehrotra et al. 2005). (3) Medical factors: Selection of peritoneal dialysis is also influenced by patients' contraindications (e.g., peritoneal adhesions due to previous abdominal surgery, poor sight, and hand muscle dyssynergia are contraindications for peritoneal dialysis (Davies 2007, Jager et al. 2004, Kuriyama 2007, Stack 2002, Zhao & Wang 2003) (4) Family support: There are three reasons why family support is essential for optimal health care (i.e., reminding patients to go to the hospital and take their medicine, escorting patients to the hospital, and in the administration of prescribed medications. This study investigates the factors affecting the selection of peritoneal dialysis by patients with chronic kidney disease (CKD).

Methods**1. Subjects**

One hundred and thirty (130) patients with CKD from the Outpatient Nephrology departments of four hospitals located in Northern Taiwan, the following criteria were included: (1) less than one year of dialysis, (2) not a previous recipient of a kidney transplantation, (3) conscious and fluent in Chinese (Taiwanese); and (4) the patient had provided their informed consent to take part in the study. The protocol of this study was approved by the Institutional Review Board (IRB) of all four hospitals.

2. Research tools**2.1 Personal Factor Scale (PFS)**

The Personal Factor Scale consists of items relating to lifestyle change and self-care ability. There are 12 questions, which are scored on a 5-point Likert scale. Scores range from 0 to 60 points. High scores on the scale indicate a greater influence of personal factors and a low score indicates less influence of personal factors. The internal consistency (Cronbach's α ; coefficient) and Content Validity Index (CVI) coefficient are strong (0.92 and 0.92, respectively).

2.2 Dialysis Scale Know-How (KDS)

The Knowledge of Dialysis Scale consists of items related to the clinical situation. There are 12 questions in this scale. A right answer is scored as 2 points and a wrong answer, or the response 'I don't know' is scored as 0. The range of scores is from 24 to 0 points. A higher score on the scale indicates that a better knowledge of dialysis procedures and techniques. The internal consistency (Cronbach's α ; coefficient) and the coefficient of Content Validity Index (CVI) for this tool are also strong (0.92 and 1.00, respectively).

2.3 Medical Factors Scale (MFS)

This is a scale consisting of items related to security considerations, contraindications, decisions of medical personnel, and cost. There are 20 questions, which are scored on a 5-point Likert scale. Scores range from 0 to 100 points. A higher score on the MFS indicates a greater influence of medical factors on the patient's choice of dialysis modality. The internal consistency (Cronbach's α ; coefficient) and the coefficient of Content Validity Index (CVI) were also robust across settings, and in terms of internal

consistency. These factors were consistent for all the instruments chosen for the data collection (0.89 and 0.95, respectively).

2.4. Family Support Scale (FSS)

A modified 'Family Support Scale' by Jiang (2002) was used and consisted of 17 items related to the main caregiver and family support. Items are scored on a 5-point Likert scale. Scores ranged from 0 to 85 points. A higher score on the scale indicates a greater influence of family-related factors on the choice of dialysis. The internal consistency (Cronbach's α ; coefficient) and the coefficient of Content Validity Index (CVI) was acceptable (0.83 and 0.94, respectively).

3. Data analysis

Statistical analysis was carried using SPSS (Statistical Package for the Social Science) version 13.0 for Windows. Descriptive statistics, t-test, Chi-square test, and logistic regression were performed to identify the main factors affecting the patient's choice of dialysis modality.

Results

1. Descriptive statistics

1.1 Demographic characteristics

Of the 130 participants, 72 were male (55.4%) and 58 were female (44.6%). Participants had a mean age of 66.6 years (SD=14.03). Fifty-four participants had had an elementary education (41.5%), 99 were unemployed (76.2%), 76 had diabetes (58.4%), 97 had hypertension (74.6%) and 48 had heart disease (37%).

1.2 Lifestyle change and self-care ability

Patients who selected peritoneal dialysis over hemodialysis had a mean lifestyle-change score of 2.79 points (SD=0.75), indicating that they were more likely to worry about 'whether the therapy modality affects leisure, traveling?', than 'whether it affects school work and job?'. The mean self-care capability score of patients who selected peritoneal dialysis was 3.68 points (SD=0.74), indicating that they were more likely to worry about 'time flexibility?', than 'whether or not I can manage the diet and the procedures and techniques required?'. .

1.3 Extent of dialysis modality know-how

Regarding the mean score of know-how regarding dialysis modality, patients who selected peritoneal dialysis scored 1.74 points (SD=0.34). They were unaware that 'blood loss is a serious problem during hemodialysis?' and that 'hemodialysis may be associated with nausea, vomiting and other intra- and posthemodialytic discomfort?'. Patients who selected hemodialysis notched 1.01 points (SD=0.66); they did not realize that 'peritoneal dialysis therapy does not require long term follow-up,?' and that 'peritonitis is the most common complication of peritoneal dialysis?'. .

2. Inferential analysis

Single factor logistic regression found statistically significant differences in age, education level, lifestyle modifications, self-care ability, knowledge of dialysis modality etc. ($p < 0.05$). Multinomial logistic regression, after controlling for potential confounding variables (such as age, disease characteristics and the decisions of medical personnel) found that self-care ability and a knowledge of dialysis modality were the two key factors influencing the modality choice of patients with CKD. With each 1-point increase in self-care ability, the rate of selection of peritoneal dialysis increased 29% ($p < 0.001$). With each 1-point increase in the knowledge of dialysis modality, the rate of selection of peritoneal dialysis increased 17% ($p = 0.003$).

Discussion

1. Self-care ability and the selection of peritoneal dialysis

The results clearly indicate that self-care capability significantly influences the selection of dialysis modality and this finding is consistent with the results of other international research studies. In this study, patients who selected peritoneal dialysis were primarily concerned with 'the flexibility of their time on dialysis?' and 'whether or not I can deal with problems related to diet and be able to perform the required procedures and techniques correctly?'. Similarly, Stack (2002) found that peritoneal dialysis was often selected because the therapy can be performed on a more accommodating timetable, and patients can control, arrange, and decide

upon the treatment schedule on their own. Thus, self-care capability is an important factor affecting a patient's selection of peritoneal dialysis.

2. Knowledge of dialysis modalities and the selection of peritoneal dialysis

The study reported here, and others, have found that dialysis modality know-how affects patients' choice of dialysis. In this study, patients were not aware that blood loss is a more potentially serious problem with hemodialysis and nausea, vomiting and other constitutional symptoms are more frequent on hemodialysis indicating that patients were not fully informed about the pros and cons of each mode of dialysis. This is possibly a result of inadequate pre-dialysis education or inappropriate health education (Marron et al. 2005, Mehrotra et al. 2005). The main reason for selecting the dialysis modality which requires the least self-care is that the patient was not completely informed about each dialysis modality.

Patients and their family members need to learn more about dialysis modalities and increase their self-care capabilities. Medical personnel should provide more information about dialysis modalities and take into consideration the self-care capabilities of patients and their family members to help them make a more suitable choice regarding dialysis and their ensuing quality of life on dialysis.

Since dialysis therapy in Taiwan is practically cost-free, there is no real incentive for ESRD patients to learn about self-care skills and techniques. Before giving advice about pre-ESRD education, nursing practitioners should take into consideration the patient's age, education level, occupational status, and the relevant comorbid illnesses. And regular home visits by nurses should be arranged to improve and support the self-care capabilities of patients.

Implication for clinical practice

Self-care ability and knowledge of dialysis modality are the key factors affecting choice of dialysis modality for this group of participants. The results of the study highlighted the important influencing factors for peritoneal dialysis modality selection in CKD patients. This information provides an important reference point for CKD patients' education and care planning, which also provide caring markers important in the quality of nursing care for CKD patients.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- BNHI Bureau of National Health Insurance. Annual Report. 2009. Retrieved May 20, 2009, from http://www.nhi.gov.tw/english/webdata.asp?menu=11&menu_id=29&webdata_id=1942
- Davies SJ. Comparing outcomes of peritoneal and hemodialysis: a case study in the interpretation of observational studies. *Saudi Journal of Kidney Disease and Transplantation*. 2007; 18(1): 24-30.
- Jager KJ, Korevaar JC, Dekker FW, Krediet RT, Boeschoten EW. The effect of contraindications and patient preference on dialysis modality selection in ESRD patients in The Netherlands. *Am J Kidney Dis*. 2004; 43(5): 891-899.
- Jiang Q. The effect of family support on the behavior of complying with doctor's order among patients with chronic disease. Unpublished Master's paper. Institute of Medicine, Taipei Medical University, Taipei 2002.
- Kuriyama S. Peritoneal dialysis in patients with diabetes: are the benefits greater than the disadvantages? *Perit Dial Int*. 2007; 27 Suppl 2: S190-195.
- Little J, Irwin A, Marshall T, Rayner H, Smith S. Predicting a Patient's choice of dialysis modality: experience in a United Kingdom renal department. *Am J Kidney Dis*. 2001; 37: 981-986.
- Manns BJ, Taub K, Vanderstraeten C, Jones H, Mills C, Visser M, McLaughlin K. The impact of education on chronic kidney disease patients' plans to initiate dialysis with self-care dialysis: A randomized trial. *Kidney Int*. 2005; 68, 1777-1783.
- Marron B, Martinez OJC, Salgueira M, Barril G, Lamas JM, Martin M, Sierra T, Rodríguez-Carmona A, Soldevilla A, Martínez F. Analysis of patient flow into dialysis: role of education in choice of dialysis modality. *Perit Dial Int*. 2005; Suppl 3: S56-59.
- Mehrotra R, Marsh D, Vonesh E, Peters V, Nissenson A. Patient education and access of ESRD patients to renal replacement therapies beyond in-center hemodialysis. *Kidney Int*. 2005; 68: 378-390.

- Shahab I, Khanna R, Nolph KD. Peritoneal dialysis or hemodialysis? A dilemma for the nephrologist. *Adv Perit Dial.* 2006; 22: 180-185.
- Stack GA. Determinants of modality selection among incident US dialysis patients: results from a national study. *J Am Soc Nephrol.* 2002; 13: 1279-1287.
- United States Renal Data System.(2005) *USRDS Annual Data Report.* Retrieved April 20, 2008, from <http://www.usrds.org/>
- United States Renal Data System (2008) *USRDS Annual Data Report.* Retrieved April 20, 2008, from <http://www.usrds.org/>
- Zhao LJ, Wang T. Attitudes of Chinese chief nephrologists toward dialysis modality selection. *Adv Perit Dial.* 2003; 19: 155-158.

POSTER 110**AUTORES/AUTHORS:**

Soheila Mazloun Vajari, Sepideh Daghbandan, Fatameh jafar aghee, Islamic Azad University Lahijan Branch-Iran

TÍTULO/TITLE:

Assessing Health Related Quality Of Life of Employees in Lahijan Azad University in Iran

Objectives:

From the start of the 20th century Quality of Life (QOL) has come into spot light and much has been done to enhance it.

The aim of this study was to assess the Health Related Quality of Life (HRQL) of employees of the Lahijan Islamic Azad University in the north of Iran by using the Medical Outcomes Study 36-item Short Form (SF-36) as a well-validated measure of HRQL to help the employees and their decision makers to improve and promote their HRQL.

Methods:

A cross sectional study was used to gather the data. A questionnaire containing two parts; socio- demographic and the SF-36 version two was prepared to assess the health status of the employees. After translating the SF-36 to Persian, the internal consistency showed that all eight SF-36 scales met the minimum reliability standard, the cronbach's alpha coefficients was 0.87 and construct validity was acceptable as correlation between scales and some socio - demographic characterizes were significant.

The descriptive statistics for all eight scales of SF-36 were analyzed by sex, age, marital stage, profession, educational level and BMI. The statistical significance of the observed differences was tested by applying t-test, one way ANOVA, and pearson correlation coefficient. The 95% confidence intervals for scores of all eight scales of SF-36 were calculated in order to assess the statistical precision of the estimates. The level of significance was set at $p < 0.05$.

Findings:

Completed questionnaires were obtained from 137 of 159 employees. The sex distribution was 32.4% female and 66.2% male. The participants married were 115 and 20 of the participants were single. The group age mean was 40.72 (SD 11.27) years old; the youngest and oldest ages respectively were 24 and 70 years old. The frequency distribution related to profession was 53.1% civil workers, 35.3% lecturers and 9.4% service workers. According to their educational level 1.4, 28.1, 5.8, 23.7, 28.1 and 12.2 % respectively were under high school graduates, A level qualified, had a diploma, BSc, MSc and PhD.

The frequency of participants regarding their BMI were classified in three groups; normal, overweight and obesity. No one had a BMI < 20 in this study, so it was not considered.

The scores for the eight scales of SF-36 calculated showed that the highest scores were related to PF and the lowest scores were related to RP. HRQL of men in all scales except for GH was higher in women. Mean values related to GH declined with advancing years, and there was a statistical significant between age and this scale.

Single applicants gained the highest scores with mean 92.22 in PF and the lowest score in RP with mean 16.36. There was not a statistical relationship between the HRQL and 8 scales of SF-36. HRQL had a statistical significant with educational level and some scales. Participants with PhD qualification had the highest scores in VT and the lowest scores were gained by diploma holders. There was a significant relationship between MH scale and HRQL with profession and educational level as the analysis showed that lecturers had the highest scores in MH scale and the lowest was acquired by under high school graduates with a score of 18.46.

Discussion:

The results in this study and similar studies (1, 2, 3, 4, 5) indicated a higher score of HRQL scales for the male gender comparing to females. There is no definite reason for the score difference, however it may be related to women being prone to stress and psychiatric conditions which can lead to lower scores in HRQL scales. Due to the fact that women have an important role in families and societies, more attention is required to support and promote women's health.

There was also a significant relationship between the age and GH scales. In some studies there were the same relationship observed between age, PF, and RP (6, 7).

Analyses of the findings of this study showed that single participants, except in RE, had higher scores than married participants. A study in Iran reported that married persons had lower scores in PF when compared to single ones (1).

There was a significant relationship between the participant's level of education and certain scales of HRQL; including PF, VT, and MH. Moreover the results in this study show the highest scores for participants with a higher level in education. These same results were reported in several other studies (1, 7, 8).

One of the most important results obtained from this research was a significant relationship between being overweight, obesity, and

HRQL. The increase in BMI was most prominently associated with PF, GH, VT, and MH. Same results were reported in other studies (9,10). According to various reports, 70% of Iranians over the age of 20, especially women, are overweight or obesity, and 1/5 of Iran's population is susceptible to diabetes (11). So having a normal BMI is important in reaching a HRQL.

In view of the fact that an organization requires healthy people, there is a strong requirement for trying to reach to a QOL starting from families. To assess the health status of employees in each organization for achieving the goal of having healthy employees, a routine collection of health based information with the use of standardized instruments can be implemented.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

References: 1- Motamamed N, Ayatollahi AR, Zare N, Sadeghi ? Hassanabadi A. Validity and reliability of the Persian translation of the SF-36 version 2 questionnaire. *East Mediatory Health J* 11(3); 349 ? 57, 2005. 2- Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolohe G, Bjorner JB, Brazier JE. Cross validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project *J Clin Epidemiol*: 51; 1171-8, 1998. 3- Wood Sh. The Canadian SF-36 Health Survey: normative data add to its value *CMAJ*, 163(3):2000. 4- Tountas Y, et al. the Health Related Quality Of Life the employees in the Greek hospitals: assessing how healthy are the health workers, Biomed central Ltd. *Health Qual Life Outcomes*. 1(1):61, 2003. 5- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninina M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): Transition and validation study of the Iranian version *Qual life res*, 14(3): 875-82, 2005. 6- Tusai SY. Health Related Quality Of Life among urban, rural and island community elderly in Taiwan. *J Fromos med assoc*, 103 (3): 196-204, 2004. 7- Ayatollohi MT, Rafee M. Assessing Quality of Life among employees of Islamic Azad university of Arak. *6(2-220:63-70:13*, 2005. 8- Raj SR. Health Related Quality Of Life among final year medical students *CMAJ*; 162(4), 2000. 9- Yancy JR et al. Relationship between obesity and Health Related Quality of Life in Men. *Obesity Research*. 10: 1057 ? 1064, 2002. 10- McAllister DR et al. Quality of Life assessment in Elite collegiate Athletes, *The American Journal of Sports Medicine*, 29; 806-810, 2001. 11- Azizi F. 13 th Asian congress of Endocrine Glands in Iran, 2005.

POSTER 111**AUTORES/AUTHORS:**

Tayebeh Mehrabi, Nasrin Fanian, Zahra Ghazavi

TÍTULO/TITLE:

Psychiatric Nurs's experience of working in psychiatric wards

In the past, each psychological personnel treated their psychic patient in their own way and based on their specialty, each one tried to help the patient. This attitude led to incomplete care of patients. 1 Different treating approaches toward mental health leads to formation of special teams, whether in institutes or in social groups, which let psychiatric team to be involved in patient's treatment and society's approaches. 3 Vidbeck (2004) believed that improvement of team functioning in psychiatric ward depends on intra personal skills like patience, tolerance, understanding, intuition, humanity, kindness, acceptance, charity, knowledge and awareness about signs and behaviors caused by mental disorders, communicational skills and team work skills like cooperation and shaing. 4 Since effective psychology and psychiatric nursing approach is based on hope and optimism and this belief that all of the patients, even chronic mental patients whose functioning is completely destroyed, can change and enhance, so it's possible to help a patient improve by knowing their abilities and empowering them. 5 It is obvious that psychiatric ward's personnel learn special skills during team work and cooperating with each other and it makes the more hopeful to the results of treatment. 6 Psychiatric nurses can discover their strengths and weaknesses during cognition of their thought, feelings and intuitions and this leads them to find more effective medical interventions. 7 Since the subject of this study is human experiences, descriptive phenomenology method is used to explore behaviors, feelings and experiences of psychiatric nurse's based on the depth of their experiences, and its aim is to understand the main structure of human experiences.

Methods: Samples were personnel of different psychiatric wards like psychiatric emergency and acute, chronic and special psychiatric ward. . Deep interviews were used to gather information. Interviews' lengths were varied from 30 to 90 minutes. Then the recorded tape was listened to very carefully and transformed into written form. After writing down the interviews, they were coded and analyzed. After categorizing codes and emerging related codes, all of them were categorized in 3 main concepts. In this study validity means every recorded case have really been happened and reliability means similarity between information explanations and recorded cases. 8 Also for validity, after categorizing the data, they were referred to participants to get their final approval and discuss important issues. Kleizi's 7 steps method was used to analyze the data.

Results: In the first step of Kleizi analyzing method, recorded statements of participants were listened to very carefully, then transferred to written type. In the second step, significant and important lines and sayings were marked. In the third step researcher tried to relate a specific concept to each important line. In the fourth step common concepts were classified into thematic categories. In the fifth step all of the extracted beliefs and concepts were merged into one whole and comprehensive description. In the sixth step, the phenomenon was summarized into one brief real description. In the final step, researcher referred to participants again to validate and clarify study's results. Results of participants' experiences were finally summarized in 3 main concepts of "communication", "ability" and "conflict" and 5 sub concepts of "cooperation", "self acknowledge", "hope", "qualification" and "multiple roles".

Discussion : Since humans are social creatures that need to have communication with others, they start their communication by exchanging feelings, aspects and motivations and satisfy their physical and mental needs this way. Psychiatric nurse's gains some special skills during working together. 9 Just knowing that other members of the team had the same experiences can help them get attached to each other and encourage them to participate in treatment process. 10 From the participants' statements, it could be realized that some changes still need to be made in some mental hospitals and old methods must be replaced with new ones. Tay (2004) in his study mentioned that job qualifications, academic education, academic degree, position and job experience are succeeding points for a psychiatric team. 11 Stuart (2005) also believed that management and keeping peace in the psychiatric ward is one of the main aspects of psychiatric nursing which help psychiatric team to use the potentipals of the ward as a medical place for treating their patient. 12 Jervis (2002) has mentioned Psychiatric nurses need education to make their team work effective and to manage patient's critical situations. 14 The consequences of conflict among multidimensional psychiatric team's members are dynamic and effective relations, sharing experiences and improving skills and in the end, enhancing job safety and quality of given services. 15 Results of this study can help all of the psychiatric wards' personnel to know themselves better and learn about their strengths and weaknesses and try to find better ways for improving team work.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Durgahee T, Discharge of psychiatric patients in to the Community, British Journal of Nursing, 2002, 5(1):3-8
2. Roe D, Chopra M, Wagner B, Katz G, Rudnick A. The emerging self in conceptualizing and treating mental illness. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services 2004;42(2):3-10.
3. Barry PD, Farmer S. Mental health and mental illness. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2002. p. 72.
4. Videbeck SL. Psychiatric mental health nursing. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2004. p. 82.
5. Stuart G, Laraia M. Principles and practice of psychiatric nursing. 8th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2004. p. 241.
6. Shives R, Rebraca SH, Isaacs A, Basic Concepts Psychiatric Mental Health Nursing, 5th edi, Lippinott, 2002:3.
7. Mohr wk. Johnson s psychiatric mental health nursing. 5th edi, Lippincott Williams & wilkins, 2003: 16.
8. Burns N & Groue KC, understanding nursing research, Philadelphia Saunders, 2001: 27
9. Vidbeck SL, Psychiatric Mental Health Nursing, 2th edi, Lippincott Williams & Wilkins, 2004: 168
10. Fisher JE, Fear and Learning in Mental health setting, International Journal of Mental Health Nursing, 2002, 11(2): 10-22.
11. 11Tay S C, Nurses Attitudes toward People with Mental illness in a psychiatric hospital in Singapore, Journal of Psychosocial Nursing , 2004, 42(10): 10-15.
12. Stuart G W, contending with " problem behaviors" in the nursing , 8th edi, Elsevier Mosby, 2005: 10
13. Jevis L L, contending with " problem behaviors" in the nursing home, Archives of psychiatric nursing, 2002, (1): 34-58
14. Swansberg RC, Swansberg R J, Introduction to management for nurse manager, 3th edi, 2002: 505.
15. Enchinares M, Pullan S H, "The Belancing Act collaboration between forensic start and hospital Administration", Journal of Psychosocial Nursing of Mental Health Sciences, Dec 2003,(41(12):12-19.

POSTER 112**AUTORES/AUTHORS:**

mahin moeini, sima babai, mohsen rafieian

TÍTULO/TITLE:

the effect of time of leaving bed on the complications after removing the sheet of angioplasty

introduction

In past 3 decades there were a increasing tendency toward angioplasty because of its benefit but this procedure has its own acute problems like bleeding and formation of hematoma in the removal place of the sheet.⁵ Frequency of occurrence of reported side effects of the holed place in the femora artery after angioplasty based on diagnosis protocol varies between 1.5% to 18% and is related to the size of the sheet, amount of prescribed anticoagulant and the length of remaining the sheet in the artery. Leaving bed soon after angioplasty could increase comfortable feelings, lessen hospitalization, lessen effects of log resting and lessen the expenses. Supplying a safe and healthy protocol for the time of leaving bed after angioplasty improves patient's comfort and safety. So it can reduce hospital's expenses and make room for new patients with critical conditions to be treated.⁸ Considering the side effects related to the removal place of the sheet in conducted researches, that study showed that leaving bed after 2 hours is a safe method.⁹ The results of Keeling study named "The effect of reducing time in bed after percutaneous transluminal coronary angioplasty on occurrence of bleeding in patients" in 2000 showed that there were only 1 case of bleeding (2%) among patients of intervention group (left the bed 4 hours after removing the sheet) and there was no meaningful difference between them and control group (Left bed 6 hours after removing the sheet) regarding occurrence of bleeding.¹

Methods

This was an experimental random clinical study which was conducted in one step and two groups. Understudied samples were patients hospitalized in the cardiac andCCU wards.. First sampling was done using simple sampling method. Then they were randomly divided into two groups of intervention (odd acceptance) and control (even acceptance) and this continued until number of samples were enough. Regarding the reported effects in other studies, the number of samples required for this study considered to be 124 (62 per group)..

Data was gathered observing and evaluating the patients using a two part questionnaire and checklist. First part included 10 questions about demographic data and medical history and the second part included 39 questions which was the checklist for evaluating the patient before angioplasty, during angioplasty, at the time of going into the ward, before removing the femoral artery sheet and before and after getting out of bed. Required evaluation was done using the questionnaire before going for angioplasty. After the installation of size 7 artery sheet, all of the samples got the same dose of heparin (72 to 100 unit per each kilogram of body weight) during angioplasty to reach the active coagulation time of 205 to 300 seconds.¹¹ Condition of the place of the sheet was evaluated for leaking of blood, bleeding, formation of hematoma, metatarsus pulse and#1575;posterior tibial before leaving angioplasty ward, after acceptance in CCU, before removal of the femoral sheet, and after getting out of bed. Controlling the part that included the artery sheet was done every 15 minutes for the first 2 hours after angioplasty, then every 1-2 hours until the removal of the sheet. After removal of the sheet it was controlled again every 15 minutes for 3 hours.⁵ Then after 24 hours it was checked to see if any delayed hematoma has been formed after getting out of bed.⁶

If there were bleeding or formation of hematoma before getting out of bed at any time, the samples were excluded from the study. For removing the sheet, INR, PTT and PT were controlled 3 hours after angioplasty. Four hours after angioplasty, a resident removed the sheet in a sterile situation.

Results

Considering the first and second aims of the study, only one mild bleeding was seen among cases. Results of accurate Fisher test with $p = 0.50$ showed that there was no meaningful difference between both groups regarding relative frequency of occurrence of bleeding after getting out of bed. Formation of hematoma was 3.22% in intervention group and 6.44% in control group. Results of accurate Fisher test with $p = 0.34$ showed that there was no meaningful difference between both groups regarding relative frequency of formation of hematoma after getting out of bed.

The average size of hematoma was 2 ± 0 in intervention group and 2.75 ± 1.5 in control group.

Mean hematoma size of samples studied in both intervention and control groups

Results of t student test with $t = 1$ and $p = 0.39$ showed that there was no meaningful difference between both groups regarding the size of hematoma.

Comparison of frequency distribution of hematoma size in the studied samples of intervention and control groups
Results of accurate Fisher test showed that there was no meaningful difference between both groups considering the size of hematoma. There was no hematoma bigger than 5 cm in both groups.

Discussions

Results of this study showed that taking patients out in 4 hours after removing the sheet wouldn't increase the occurrence of bleeding and formation of hematoma at the removal place. So patients who had elective angioplasty and their vital symptoms are stabilized can leave bed 4 hours after removing the sheet.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1 Braunwald. Heart Disease, 7th ed, Elsevier Saunders, 2005. 2 Harrison. Cardiovascular diseases. Trans: Binafar N, et al. 1st ed. Hayyan-Abasaleh-Shahrab Publications; 2006. 3 Urden L D, Stacy K M, Lough M E. The Lancet Critical Care Nursing- Diagnosis and management, 5th ed, Mosby, 2006. 4 Koch K T, Piek J J, Winter R J de, Mulder K, Schotborgh C E, Tijssen J G P. Two hour ambulation after coronary angioplasty and stenting with 6 F guiding catheters and low dose heparin, Heart 1999. No: 81, PP: 53-6. 5 Apple S, Lindsay J. Principles and Practice of Interventional Cardiology, 1st ed, Lippincott, 2000, P.86. 6 Tagney J, Lackie D. Bed rest post femoral arterial sheath removal-what is safe practice?, Nursing in critical care, 2005, Vol.10, No.4, PP:167-173. 7 Boztosun B, Güneş Y, Olcay A, Yıldız A, Sağılam M, Bulut M, Kargın R. Early ambulation after percutaneous coronary interventions, Arch Turk Soc Cardiol, 2007, No:35(4), PP:227-230. 8 Keeling AW, Fisher CA, Haugh KH, Powers ER, Turner MS. Reducing time in bed after percutaneous transluminal coronary angioplasty, University of Virginia School of Nursing, Charlottesville, USA, Am J Crit Care. 2000, No: 3, PP: 185-7. 9 Sidner C, Smith Jr, Smith Sidney C, Antman E M, Adams C D, Anderson J L, Faxon D P, Fuster V. Guidelines for Percutaneous Coronary Intervention, American College Of Cardiology and American Heart Association, 2005. 10 Doyle BJ, Konz BA, Lennon RJ, Bresnahan JF, Rihal CS, Ting HH. Ambulation 1 hours after diagnostic cardiac catheterization, Mayo Clinic Proceedings, 2006, Vol.81, PP: 1537-1540. 11 Ahmadi K. Summary of courses in medical-surgery. Tehran: Tebe Novin Publications; 2001. 12 Leroy A. Coronary artery bypass graft in Abciximab treated patients, The Society of Thoracic Surgeons, 2000; 70:38-42. 13 Pollard S D, Munks K, Wales C, Crossman D C, Cumberland D C, Oakley G D G, Gunn J. Position and mobilization post angioplasty study, Heart, 2003, Vol.89, PP: 447-448. 14 Vlastic W, Almond D, Massel D. Reducing Bedrest Following Arterial Puncture for Coronary Interventional Procedures ? Impact on Vascular Complications. J Invasive Cardiol 2001, no:13, pp:788-92. 15 Rosenstein G, Cafri C, Weinstein J M, Yeroslavtsev S, Abufel A, Ilia R, Fuchs S. Simple Clinical Risk Stratification and the Safety of Ambulation Two Hours After 6 French Diagnostic Heart Catheterization, The Journal of Invasive Cardiology, March 2004, Volume 16, Issue 3, PP: 126 ? 128.

POSTER 113

AUTORES/AUTHORS:

Babak Motamedi, Masood Safari, Ahmad Azin

TÍTULO/TITLE:

The Relationship between Family Function and Disease Control in Diabetics

Objective

to evaluate whether the family system variables of adults with diabetes relate to the adequacy of metabolic control or the psychosocial adaptation to the illness.

Methods and Procedures

A sample of insulin-requiring adults was assessed on a single occasion. They completed two family system measures (the Family Environment Scale [FES] and the Diabetes Family Behavior Checklist [DFBC]), two quality-of-life measures (the Diabetes Quality of Life Scale [DQOL] and the Medical Outcomes Study Health Survey-36[Sf-36]), and one measure of cognitive appraisal (the Appraisal of Diabetes Scale [ADS]). Glycemic control was assessed using HbA1c results. Demographic data (age, sex, diabetes type, duration of diabetes, and number of diabetes-related medical complications) will be gathered from the patients' charts. Sample will include subjects if they are > 18 years of age, have diagnosed with diabetes for > 1 year, have no current psychiatric disorder, and are able to read the forms and provide written informed consent. Only subjects currently on an insulin regimen will be included in order to minimize potential effect of type of treatment. The subjects will be completed questionnaires after their visit or at home and will return them by mail.

Statistical analysis

The development of models to explore the interrelationships of the variables employed forward stepwise regression techniques. F values were computed for differences among the groups.

Results

There were 84 men (56%) and 66 women (44%) participating in the study. Ages ranged from 20 to 79 years with a mean age of 51.3 ± 15.5 years.

The average duration of diabetes was 15.6 ± 11.1 years, with 81 (.54.4%) type 1 and 68 (45.6%) type 2 diabetic subjects. In terms of glycemic control, 44% were good, 25.5% were acceptable, and 30.5% were poor. Good glycemic control was defined <7.4% (normal, <6.4%), Poor control was defined as HbA1c levels >8.4%.

The first analyses examined the power of the relevant variables to predict glycemic Control, as measured by values of the dependent variable, HbA1c, treated as a continuous variable.

Of the demographic variables, only age and duration of diabetes were

Found to be significant predictors of HbA1c values and were entered into subsequent Analyses as covariates.

Controlling for age and duration of diabetes, the FES cohesion and FES conflict Scores did not predict HbA1c, values. Neither the DFBC negative nor the DFBC Positive scores were significant predictors of HbA1c.

The ADS was a strong predictor of HbA1c. We also examined whether glycemic control was associated with measures of adaptation and found significant relationships between the DQOL and HbA1c, (satisfaction: $F = 9.84, P < 0.002$; impact: $F = 5.38, P < 0.022$; worry: $F = 6.17, P < 0.014$), but no significant relationships between HbA1c and any of the SF-36 sub-scales.

The second series of stepwise multiple regression analyses examined the power of Relevant variables to predict an individual's psychosocial adaptation to diabetes, as measured by subscales of the DQOL and the SF-36.

Examining the DQOL, age was a strong predictor of diabetes worry, with a trend noted for the number of complications. The number of complications was a significant predictor of diabetes impact, as was the duration of diabetes. Sex, duration of diabetes, and the number of Complications were significant predictors of DQOL satisfaction Scores.

Both positive and negative DFBC scores were significant predictors of Diabetes satisfaction. There was a trend for the DFBC to

predict diabetes impact. Diabetes worry scores were not related to family system variables. The FES conflict and cohesion scores did not predict scores on any DQOL subscale. Scores on the ADS predicted scores on all three DQOL subscales ($P < 0.0001$). Examining the SF-36, age, duration of diabetes, sex, and the number of complications each played some role in predicting various subscale scores. Diabetes type (1 vs. 2) was not a significant predictor variable.

FES cohesion scores predicted physical function ($F = 5.95$, $P < 0.016$), bodily pain ($F = 11.61$, $P < 0.0009$), and role function-emotional ($F = 7.65$, $P < 0.006$), with a trend noted for role function-physical ($F = 3.22$, $P < 0.075$). The ADS predicted role function-physical ($P < 0.0009$) and -emotional ($P < 0.0072$) and bodily pain ($P < 0.0005$).

Conclusions

Concerning glycemic control, none of the Quality of life and family system measures were significant predictors of HbA1c. Older age and longer duration of diabetes predicted higher HbA1c values. For psychosocial adaptation, when family members behaved in ways that supported the diabetes care regimen (measured by the DFBC), the individual with diabetes was more satisfied with his or her adaptation to the illness and reported less interference in role function due to emotional problem. Family cohesion (measured by the FES) also related to better physical function. Woman reported higher levels of diabetes satisfaction. The Appraisal of Diabetes Scale predicted glycemic control and psychosocial adaptation.

In summary, Quality of life and family system variables do not relate to glycemic control, but they do relate to psychosocial adaptation.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

References:

Auslander WF, Corn DL: Environmental influences to diabetes management: family, health care system, and community contexts. In Management of Diabetes Mellitus: Perspectives of Can across the Lifespan. 2nd Ed. Haire-Joshu D, Ed. St.Louis, MO, Mosby, 1996. p. 513-52666

Anderson BJ, Miller JP, Auslander WF, Santiago JV: Family characteristics of diabetic: adolescents: relationship to metabolic control. Diabetes Care 4:586-594, 1981

Auslander WF. Andersen Bj. KC: Risk factors to health in diabetic children: a prospective study from diagnosis. Heath Soc Work 15:133-142. 1990

Klemp SB. LaGreca AM: Adolcscru with IDDM: the role of family cohesion and conflict (Abstract) Diabetes 36 (Suppl. 1): 18A, 1987

Koski ML. KumentoA. The interrelationship between diabetic control and family life, Pediatr Adolesc Endocrinol 3:41-45.1977

Hauser ST. Jacobson.M, Wertlieh D, Stein J, Adherence among children and adolescents with IDDM over a 4year longitudinal followup: immediate and long-term linkages with the family milieu. J Pediatr Psycho 1 3 527-542, 1990

Kovac M, Kass RE, Schnel TM, Family functioning and metabolic control of school-aged children with IDDM. Diabetes care 12:409-414, 1989

Hanson CL, Henggeler SW, Harris MA, Family system variables and the health status of adolescent with IDDM. Health psychol 8:239-254, 1989

Cardenas L, Valibcru C. Baker S, Yusim S: Adliit onset DM: glycemic control and family function. AmJ Sci M 293:28-33, 1987

Eaton WW, Menge' M.: Psychosocial and psychopathologic. Influences on manage-ment and control of insulin-dependent diabetes. Int] Psychiatr. Med 22:105-117, 1992

Konen JC, Sommerson JH, Diagnan MB: Family function, stress and locus of control: relationships to glycemia in adults with diabetes mellitus. Arch Family Med 2:393-402, 1993

Schafer LC, Glasgow RE: Supportive and non Supportive family behaviors; relationship to adherence and metabolic control in persons with type I Diabetes,

The DCCT Research Group: The effect of intensive treatment: of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin--dependent diabetes Mellitus, N Eng J Med 329:977-986, 1993

Jacobson A, et al, Reliability and Validity of a diabetes quality-of-life measure for the Diabetes Control and Complications Trial (DCCT). Diabetes Care 11:725-732, 1988

LeMone P: the physical effects of diabetes on sexuality in women. Diabetes Educ 22: 361-366

POSTER 114**AUTORES/AUTHORS:**

Elaine Pierce, Joanna Millwood, Ros Munday

TÍTULO/TITLE:

ABNORMAL ORAL REFLEXES AND LIP TRAUMA IN THE SEVERELY BRAIN-INJURED

Objectives: To document the occurrence of abnormal oral reflexes and lip trauma in adults with severe brain injury; to assess associations between oral reflexes, lip trauma and awareness levels in this population.

Methods: A cross-sectional design of interdisciplinary assessments on n73 patient participants was utilised in a long-term neurological disability hospital. The assessments included examination of the lips and mouth, assessment of oral reflexes and awareness levels, observation of behaviours and clinical dental measurements. A modified gingival index was used to describe clinical severity of gingival inflammation and its location. Clinical photographs were taken in cases of lip trauma. Participants were monitored for a minimum of three months.

Results: Abnormal oral reflexes were observed in 55%, jaw clenching in 42% and lip trauma in 8% of the participants. Overall, higher levels of abnormal oral reflexes were found in patients in the vegetative state. Jaw clenching was highest in the minimally conscious state, whilst higher levels of bite reflex and suck-swallow were found in the vegetative state patients. There were significant associations between lip trauma and jaw clenching ($p<0.01$), and lip trauma and rooting reflex ($p<0.01$). Lip trauma resulted in either single or double lesions, with a healing duration ranging from 1 to 19 weeks (in one case it remained ongoing). 79% had no significant gingival inflammation.

Discussion: Abnormal oral reflexes may be regarded as primitive, but can recur and are common in the brain-injured. They may cause mouth trauma, which is almost impossible to prevent, hard to treat and can be distressing to both the relatives and the staff. Lip trauma may be influenced by behavioural factors. This study showed the jaw clenching reflex, which has implications for oral/dental care and hygiene and which can cause trauma to the patient as well as to staff, as the most dominant. There is also a risk of lip trauma with those who display other abnormal oral reflexes such as the rooting reflex. These interdisciplinary assessments provide a wider profile and more detailed information on the state of the patient's lips and mouth and on abnormal oral reflexes. It can be extended for use by all disciplines and utilised in prevention and in the improvement of oral and dental care and health in the long-term management of patients with neurological disability.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Gill-Thwaites & Munday. *Neuro-psych Rehab* 1999; 9: 305

Löe. *J Periodontal* 1967; 38: 610

Millwood & Fiske. *Dental Update* 2001; 28: 105

Millwood, et al. *J Dis & Oral Health* 2005; 6: 72

POSTER 115**AUTORES/AUTHORS:**

Joanne Reid, Sam Porter

TÍTULO/TITLE:

An retrospective activity analysis of a novel nurse led Chemotherapy Telephone Helpline service over a 12 month period

PURPOSE

The complex and continually changing nature of the health care system means that telephone delivered health information is becoming increasingly important. The regional Cancer Centre, Northern Ireland, established a nurse led chemotherapy telephone helpline service in 2005 to facilitate direct and immediate access to specialist advice and support.

OBJECTIVE

To conduct a retrospective activity analysis of the Chemotherapy Telephone Helpline service over a 12 month period.

METHODS

All calls made to the Chemotherapy Telephone Helpline are recorded on standardised departmental forms. The information on calls made between 01/01/2007 ?31/12/2007 was collated. Each call was given a serial number and data were sorted under the following headings: source of call; reason for call; patient?s diagnosis; age; sex; geographical location; subsequent action recommended; and additional comments. All data were entered and analysed using the Statistical Package for Social Sciences.

DISCUSSION

Results from this study show the number of calls received by the telephone helpline over a 12 month period. Additionally they establish the characteristics of callers using the helpline service and determine the profile of cancer patients who callers are contacting the helpline about. Most importantly, they ascertain the reason callers are using the telephone helpline service and identify common concerns of this client group. This study is distinctive in that it provides an in-depth understanding of the activity of a novel chemotherapy telephone helpline service. Investigating this service provides nurses with insights into callers? profiles and their concerns. Findings from this study have the potential to contribute to the development of practice and delivery of the best possible standards of care that are anticipatory and supportive of the needs of this client group.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

n/a

POSTER 116**AUTORES/AUTHORS:**

Brenda Roe, Michelle Russell, Bernard Beech, Roger Beech, Wanda Russell

TÍTULO/TITLE:

Partnerships for Older People Pilot Projects: Impacts on Quality of Life, Health Status and Well Being

Abstract:

Objectives: Partnerships for Older People Project (POPP) is a national programme of the Department of Health led by local authorities in England to make sustainable shifts in resources and culture away from institutional based care towards preventive interventions for older people within their local communities. The objectives of this study were: 1). To identify the impact of POPP schemes received by older people in one local authority on their quality of life, health status and well being, and 2). To establish older people's satisfaction with POPP services using local indicators.

Methods: Data were collected using a short form questionnaire developed as part of the National Evaluation of POPP and included the EQ-5D, health status, biographical information and service use (March ?April 2007). Local indicators were also included to capture qualitative information on service use and satisfaction. Convenience samples of people receiving one of three POPP schemes (gardening, assistive technology or counselling) were invited to participate and complete the questionnaire on initial receipt of the POPP scheme and again 6 weeks later and to return their completed questionnaires in freepost envelopes.

Results: Response rates were 70% for first issue (Q1 45/64, mean age 72 years) and 43% at follow up (Q2 25/58 mean age 55 years). Following receipt of POPPs schemes improvements were found for self care, feelings of anxiety and depression, health status and quality of life, although these differences were not statistically significant. There was a reduction in self reported use of primary health care services. Two key themes were identified in relation to local service use and related to ?schemes being fit for purpose? and ?aspects of service delivery?.

Discussion: Early indications are that POPP schemes aimed at preventive and supportive health and social care interventions benefit older people living in the community and help to improve their quality of life, health and well being. They met needs, maintained independence and provided peace of mind and reassurance to older people and their families. These findings have important implications for the organisation and delivery of services for older people, inter-agency working and practice in relation to health promotion and prevention.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

References: Beech R, Roe B, Russell W, Russell M, Beech B, Gent D, Wigan POPP Forum, Wigan Age Concern Older People Volunteers. (2008) Evaluating Wigan's Partnerships for Older People Project. End of Project Report. Report to Department of Health October 2008. (PDF available) http://www.dhcarenetworks.org.uk/_library/Resources/Prevention/CSIP_Product/FINAL_EVALUATION__REPORT-3.pdf Windle K., Wagland R., Lord K., Dickinson A., Knapp M., D'Amico F., Forder J., Henderson C., Wistow G., Beech R., Roe B., Bowling B. (2008) National Evaluation of Partnerships for Older People Projects: Interim Report of Progress. Report to Department of Health. October 2008. (PDF available www.dh.gov.uk)

POSTER 119**AUTORES/AUTHORS:**

Sónia Simões, Mariana Eugénio, Carlos Farate, Isabel Soares, Margarida Pocinho

TÍTULO/TITLE:

Parental rearing practices: the perspective of mothers and their school-aged children

Even if we can find in the literature several definitions of parenting, most of them address the quality of parental response to children's physical, emotional and psychological needs. In fact, the study of parental rearing practices, taken as the actions developed by parents so that their children attain basic developmental skills, is central to the operational understanding of the concept of parenthood.

The aim of this study was to compare the quality of parental rearing practices as they are perceived by mothers and their school-aged children, and its main goal the analysis of the convergence, or conversely the divergence, between each element of the dyad to this respect.

This was a cross-sectional study of a school-aged community based sample that uses 2 sources of information: mothers and their school aged-children (6-10 years) attending the 1st cycle of elementary education in the municipality of Coimbra, Portugal (N = 93).

The research protocol included EMBU-P (mother version) and EMBU-C (children version).

The results show a divergence between the perception that mothers and their children have of the emotional dimensions of both versions of EMBU (?emotional support? and ?rejection?), and conversely a convergence regarding the behavioral dimension ?attempt to control?.

In conclusion, even if EMBU seems to be a good measure of parental rearing practices, displaying a reliable factorial structure and an adequate construct validity, it appears to be more accurate as a cross measure for behavioral dimensions than for the emotional dimensions of parent-child interaction, which probably calls either for a better psychometric evaluation of such dimensions, or for a different methodological approach to the application of EMBU-C.

Keywords: school-aged children, parental rearing practices, EMBU-P, EMBU-C

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Even if we can find in the literature several definitions of parenting, most of them address the quality of parental response to children's physical, emotional and psychological needs. In fact, the study of parental rearing practices, taken as the actions developed by parents so that their children attain basic developmental skills, is central to the operational understanding of the concept of parenthood. The aim of this study was to compare the quality of parental rearing practices as they are perceived by mothers and their school-aged children, and its main goal the analysis of the convergence, or conversely the divergence, between each element of the dyad to this respect. This was a cross-sectional study of a school-aged community based sample that uses 2 sources of information: mothers and their school aged-children (6-10 years) attending the 1st cycle of elementary education in the municipality of Coimbra, Portugal (N = 93). The research protocol included EMBU-P (mother version) and EMBU-C (children version). The results show a divergence between the perception that mothers and their children have of the emotional dimensions of both versions of EMBU (?emotional support? and ?rejection?), and conversely a convergence regarding the behavioral dimension ?attempt to control?. In conclusion, even if EMBU seems to be a good measure of parental rearing practices, displaying a reliable factorial structure and an adequate construct validity, it appears to be more accurate as a cross measure for behavioral dimensions than for the emotional dimensions of parent-child interaction, which probably calls either for a better psychometric evaluation of such dimensions, or for a different methodological approach to the application of EMBU-C. Keywords: school-aged children, parental rearing practices, EMBU-P, EMBU-C

POSTER 121**AUTORES/AUTHORS:**

Olaf Timmermans

TÍTULO/TITLE:

Outcomes of Project Based Learning in Pre-Masters of Science in Nursing and Midwifery

Background

Research in professional education has suggested that traditional methods as 'lectures from experts' do not really influence practice and has led to calls for reform of 'traditional' professional education in Nursing and Midwifery. One response has been the use of cooperative learning techniques. These techniques are operationalised in team based learning programs as Problem Based Learning and Project Based Learning.

At the University Antwerp Project Based Learning (PBL) is being used in the pre-master's Nursing and Midwifery; students participate in a project group in courses 'management and innovation' and 'clinical knowledge'. In this student centered educational program, small project groups work with tutorial instruction through PBL on relevant 'problems'. The exams of these courses are related to the works of the project group.

Objectives

The aim of this study is to investigate the effectiveness of project learning in groups in pre-masters courses. Specific objectives are to identify the intensity of team based learning activities and the learning environment in the project groups and its relation with students' exam results and their perception of PBL.

Methods

A cross sectional survey design was conducted to gather opinions of students (n=61) in the last phase of the pre-masters. The questionnaire pack was distributed covering the concepts; attribute variables, team-based learning activities, learning environment and perception of problem based learning.

Findings

Results showed a 67% intensity of team based learning activities and 74% on learning environment in the project groups. In general, students had a positive perception of PBL (76%) and positive exam results (68%). Project groups significantly differed on team-based learning activities, learning environment, perception of problem based learning and results of the exams. Team based learning was related to the learning climate ($r = .857$; $p < .01$); perception PBL ($r = .519$; $p < .01$); and exam results ($r = .350$; $p < .01$). Regression showed that team based learning activities, learning climate and students perception of PBL explained 35% of the variation in exam results.

Discussion & Implications clinical practice

In this study cooperative learning was present in the project group and influenced the results of the project group exams results. Important factors in cooperative learning seem the student's perception of PBL, the intensity of team-based learning and learning environment in the project groups. These findings stress the importance of tutorial instruction during PBL. This instruction should not only focus on the product of the project group, but especially on arising team based learning and a positive learning climate in the project groups.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bereiter, C, (1990). Aspects of an educational learning theory. *Review of Educational Research*, 60, 603-624. Biley, F.(1999) Creating tension. Undergraduate student nurses responses to a problem based learning curriculum, *Nursing Education Today* 19 (1999) (7), pp. 586-591. Cooke, M & Moyle, K., (2002) Students evaluation of problem based learning, *Nursing Education Today* 22 (4), pp. 330-339 Edmondson, A.C., Bohmer, R.M., & Pisano, G.P. (2001). Disrupted Routines: Team Learning and New Technology

Implementation in Hospitals. *Administrative Science Quarterly*, 46(4), 685-716. Glen, G. & Wilkie, K., (2000) Editors, *Problem based Learning in Nursing ? A Model for A New Context*, MacMillan, pp. 11?36. Marx, R. W., Blumenfeld, P. C., Krajcik, J. S., & Soloway, E. (1997). *Enacting project-based science: Challenges for practice and policy*. *Elementary School Journal*, 97(4) 341?358. Morales Mann, E.T. & Kaitell, K.A., (2001) *Problem based learning in a new Canadian curriculum*, *Journal of Advanced Nursing* 33 (1), pp. 13?19. Offenbeek, M. (2001). *Processes and Outcomes of Team Learning*. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10(3) Thomas, J. W. (2000). *A review of research on project-based learning*. San Rafael, CA: Autodesk Foundation.

POSTER 124**AUTORES/AUTHORS:**

Francisco Alvarez Aragón, Teresa Alvarez Rodriguez, M^a Pilar de la Concepción da Silva, M^a Antonia Fernandez Lamelas, Ana M^a Gorís Pereiro, Clara González Formoso, M^a Carmen López Vale

TÍTULO/TITLE:

BIOSEGURIDAD EN LA PRÁCTICA ENFERMERA: UN ANÁLISIS DEL CONOCIMIENTO DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

INTRODUCCIÓN.- Los riesgos biológicos son los más importantes por frecuencia y trascendencia entre los profesionales sanitarios. El presente estudio se justifica por la posibilidad de contribuir a que los futuros profesionales de enfermería procedan con seguridad ante el contacto con agentes biológicos y riesgos para la salud.

OBJETIVO.- Analizar el nivel de conocimiento y utilización de los sistemas de bioseguridad (SBS) y protección individual (EPIS) de los estudiantes de 1º y 2º curso de la Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital Meixoeiro de Vigo matriculados en Fundamentos de Enfermería (FE) y Enfermería Médico-Quirúrgica (MQI), tras realizar sus prácticas clínicas así como conocer los motivos de su no utilización.

METODOLOGÍA.- Diseño: Estudio observacional transversal. Ámbito: Unidades médicas, quirúrgicas y quirófanos del CHUVI. Se estudiaron 99 alumnos matriculados en las asignaturas de FE y MQI. Duración: Un curso académico (2008-09). Método: Presentación del estudio a los alumnos, información del objetivo y solicitud de su colaboración voluntaria en la cumplimentación de un cuestionario validado de elaboración propia. Variables: Sociodemográficas, Formación previa en bioseguridad, Experiencias previas de accidente, Grado de conocimiento y utilización (GCU) de diferentes SBS y EPIS y Motivos para la no utilización (MNU) de los mismos, etc. Análisis de datos: Descripción de lvariables mediante estadísticos apropiados con el prog. SPSS vers. 14.0.

RESULTADOS.- Se entregaron 99 cuestionarios, 46 en 1º y 53 en 2º, de los que fueron cumplimentados el 78% (n= 78. La media de edad fue de 21 años (rango 18-49). A la pregunta sobre experiencia previa de accidentes contestaron afirmativamente 12 alumnos, todos fueron pinchazos, de los 10 de 1º, 6 tenían formación previa y 4 no; y los 2 sucedidos en 2º tenían formación. En cuanto al GCU de los SBS en 1º curso el 62.5%(n= 20) conocen y utilizan contenedores, conocen agujas de bioseguridad el 59.4%(n= 19) y no conocen lancetas el 87.5%(n= 28). En 2º curso los contenedores los conocen el mismo porcentaje de alumnos que en 1º, conocen y utilizan el abocath el 48.1%(n= 13) y no conocen los sistemas de suero cerrados un 96.3%(n= 26). En cuanto al GCU de los EPIS lo más destacado fue que en 1º curso conocen los guantes el 95.3% (n= 41) y los utilizan el 95.5%(n= 42), desconocen y no utilizan el calzado de seguridad el 93%(n= 40). En 2º curso el 100% conocen y usan los guantes y desconocen el calzado el 93.8%(n= 41). Resaltar que el 24.4%(n= 11) de alumnos de 1º confunden bioseguridad con protección. En cuanto a los MNU de los diferentes SBS y EPIS, los alumnos de 2º curso aducen en un 65.6%(n= 21) a la falta de formación, dato estadísticamente significativo (p= 0.043). La inercia fue otra de las razones apuntadas estando cercana a la significación estadística (p= 0.066). En cuanto al uso de los SBS y EPIS por parte de las enfermeras de las unidades de prácticas el 68.2%(n= 30) de los alumnos de 1º opinan que los utilizan ?casi siempre? mientras que el 65.6%(n= 21) de los de 2º refieren que los usan ?a veces?.

CONCLUSIONES.- La falta de formación influye en la no utilización de los diferentes SBS y EPIS analizados y no parece influir tanto en los accidentes por pinchazo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Aranaz JM, Aibar C, italler J, Mira JJ, Gestión Sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes. Mapfre Medicina 2008; 355-9.
2. LEY 31/1995 de 8 noviembre de prevención de riesgos laborales. BOE nº 269 de 10 de noviembre.
3. Real Ddecreto 783/2001 de 6 julio del Reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes. BOE nº 178 de 26 de julio 2001.
4. Gir E, Netto JC, Malaguti SE, Canini SRMS, Hayashida M, Machado AA. Accidente con material biológico y la vacunación contra la Hepatitis B en estudiantes del área de la salud. Rev Latino-am Enfermagem 2008; 16(3).
5. Reis RK, Gir E, Canini SRMS. Accidents whith biological material among undergraduate nursing students in a Public Brazilian University. Braz J Infect Dis 2004; 8(1):18-24.
6. García E, César V. Medidas de bioseguridad, precauciones estándar y sistemas de aislamiento. Rev Enferm IMSS

2002;10(1):27-30.

7. Garner JS. Guidline for isolation precautions in hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1996;17:53-80.

8. Campins Martí M, Hernández Navarrete MJ, editores, y Grupo de Trabajo EPINETAC (Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene). Estudio y seguimiento del riesgo biológico en el personal sanitario. Madrid: Grupo de Trabajo EPINETAC; 2002.

9. Segura López G, Giménez Andreu MR. Revisión de las medidas de autoprotección de la enfermería ante riesgos biológicos. *Enfer Científica* 2002 ; 248-249:5-8.

10. Ortiz S, Forcada JA. Dispositivos de seguridad. *Rev ROL Enferm* 2006 feb; 29(2): 21-7.

11. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Educación del personal sanitario (categoría IA) TABLA 1.8.3.2. Recomendaciones de la CDC para la prevención de la infección asociada a catéteres centrales; 2002;(1):18.

12. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Update: universal precautions for prevention of transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus to health-care and public safety workers. *MMWR*. 1989;38 Suppl 6:1-37.

13. Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo. *Boletín Oficial del Estado*, n.o 124, de 24 de mayo de 1997.

14. Real Decreto 773/1997, de 30 de mayo, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual.

POSTER 125

AUTORES/AUTHORS:

María del Carmen Álvarez Comesaña

TÍTULO/TITLE:

"Información sobre antipalúdicos y malaria en viajeros internacionales"

1.OBJETIVOS

- a) Describir el nivel de información sobre antipalúdicos y malaria que presentan los viajeros al acudir a un centro especializado
- b) Identificar los puntos críticos de información
- c) Identificar si existe un posible perfil de viajero asociado con mayor o menor nivel de conocimientos

2.MÉTODO

-Ámbito: Centro de Vacunación Internacional(CVI) de Vigo

-Diseño: Estudio Descriptivo Transversal

-Participantes: viajeros internacionales que acudieron al CVI de Vigo entre el 9 de julio al 14 de agosto de 2008. La captación fue al decepcionarlos invitándolos a participar voluntaria y anónimamente(Criterios de inclusión:Español/a.Mayor de edad.Destino distinto a Europa o EEUU.No padecimiento previo malaria)

-Procedimiento de obtención de datos:120 cuestionarios estructurados en 4 pilares

- 1.Perfil del viajero y del viaje.
- 2.Opinión personal y fuentes de información.
- 3.Contacto previo con antipalúdicos y/o diagnóstico previo de malaria.
- 4.Nivel de conocimientos sobre malaria.

El cuestionario constaba de preguntas cerradas con respuestas múltiples del tipo de tipo Si/No/No sabe/No contesta.Para evaluar el nivel de conocimientos real sin sesgos debidos a información extraida de las preguntas,se incluyeron preguntas abiertas.

-Análisis de datos:análisis descriptivo mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes para las diferentes variables del estudio. Se cruzaron frecuencias y porcentajes de variables cualitativas categorizadas mediante tablas de contingencia. Se empleó el paquete estadístico SPSS 15.0 y Excel Windows 2003

3.RESULTADOS

- a) Perfil del viajero y del viaje:Adultos jóvenes(39,17%),universitarios(62,1%),viaje de turismo(66.4%) y acuden a consulta con antelación >15días(75%).Destino mayoritario África Subsahariana (40,8%).Acudieran previamente a un CVI (65,83%).Motivo principal de consulta=iniciativa propia(65%) vs médico de familia y agencias de viajes 12,5%.
- b) Opinión personal y fuentes de información:Se informan principalmente entre ellos(37%),Internet(26%) y agencias de viaje(21%).Medida preventiva más relevante la vacunación(68,33%). Quimioprofilaxis antipalúdica y prevención de picaduras (7,5%).
- c) Contacto previo con antipalúdicos y/o diagnóstico previo de malaria
Un 22.5% le habían recomendado/tomado tratamiento antipalúdico previamente y UN 77.5% no. De ellos, 20(74%) sí recuerdan el tratamiento recomendado y 7(25.92%) no.
- d) Nivel de conocimientos sobre malaria:El 78,3% la identifican como problema de salud mundial. Considerada mortal por 68,3%.No conoce el mecanismo de transmisión, 62,5%.El 33% afirma que existe una vacuna. Desconoce las medidas de protección no farmacológicas 84,2%.Del 15,8% que afirma conocerlas, se equivoca un 5,8%. Antipalúdicos:48,3% creen que necesitarán tratamiento. Opinión general sobre ellos dudosa o indiferente 54,2%.El 46,7% se habían informado previamente (89,28% a través de Internet y/o otros viajeros). Al comparar el nivel de acierto en las preguntas sobre conocimientos generales según si era o no la primera vez que acudían a un C.V.I, observamos que en 9 de las 10 preguntas valoradas el porcentaje de acierto en significativamente mayor en los viajeros experimentados.Destaca la relativa al mecanismo de transmisión (31%),a continuación la relativa a si existe en España una vacuna comercializada(28.5%), las medidas de protección personal contra la picadura de mosquito(27.8%),si existe una vacuna en otros países(26.6%).La menor diferencia es en la identificación de la zona de más riesgo(1.2%).

4.DISCUSION:

A la hora de informarse, los viajeros recurren mayoritariamente a otros viajeros,frente a fuentes teóricamente de mayor calidad como el médico de A.P. o agencias de viajes.Las agencias tienen menor impacto,en contraste con otros estudios ya que en otros países,están obligadas por ley a informar y remitir a los viajeros a CVI.Al ser viajero captados en un CVI,la iniciativa propia es el

principal motivo de consulta. Son sujetos con actitud receptiva y futuras posibles fuentes de información. Dados estos dos factores, una buena educación sanitaria tendría efecto multiplicador. Los puntos críticos relativos a conceptos clave son: el mecanismo de transmisión, las medidas de protección frente a picaduras principalmente y los antipalúdicos que son los grandes desconocidos y poco relevantes como medidas preventivas. Todas ellas son medidas muy importantes de eficacia demostrada que forman parte de los contenidos que se abordan durante la consulta. Lo que se reafirma a la vista de la diferencia en el nivel de conocimientos entre viajeros habituales y noveles. La opinión sobre posibles efectos adversos de los antipalúdicos es inespecífica, no los identifican con precisión, ni manifiestan una opinión negativa. Internet es la segunda fuente de información antes del viaje: la información facilitada en este medio debería estar supervisada, al menos en las páginas oficiales. No se detectó un perfil asociado a un mayor o menor nivel de conocimientos

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Dedicar más tiempo a la educación sanitaria en consulta, potenciar a ese nivel el rol de los enfermeros así como valorar la opción de talleres.

Involucrar más a agencias de viaje y médicos de familia.

Ofrecer a través de Internet información de calidad

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. http://www.unwto.org/media/news/en/press_det.php?id=2532
2. Nina Bacaner; Bill Stauffer; David R. Boulware; et al. Immigrants Visiting Friends and Relatives JAMA. 2004;291(23):2856-2864 (doi:10.1001/jama.291.23.2856)
3. Lluís Valerioa, Miquel Sabriàb y Amèlia Fabregatc. Las enfermedades tropicales en el mundo occidental. Institut Català de la Salut. Barcelona. Med Clin (Barc) 2002;118(13):508-14.
4. Cossar JH, Reid D, Fallon RJ, et al. A cumulative review of studies on travellers, their experience of illness and the implications of these findings. J Infect 1990; 21:27-42.
5. Ryan ET, Wilson ME, Kain CK. Illness after international travel. N Engl J Med 2002; 347:505-516
6. R. López-Vélez Resivi6n. Consejos pr1cticos para la prevenci6n de enfermedades infecciosas a viajeros en zonas de riesgo R. L6pez-V6lez Unidad de Medicina Tropical y Parasitolog1a Cl1nica. Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Ram6n y Cajal. Madrid. Correspondencia: Aceptado para su publicaci6n el 19 de julio de 2000.
7. M. Valencia Basald6aa, E. Lapuente Troncosob, I. Guti6rrez Garitanoc y J. Gainzarain Graciad. Patolog1a importada del viajero: paludismo. SEMERGEN. 2006;32(1):16-23
8. Phillips-Howard PA, Radalewicz A, Mitchell J, Bradley DJ. Risk of malaria in British residents returning from malarious areas. BMJ 1990;300:499-503.
9. M. I. Fuentes Soriano, J. M. Ruiz-Giard1n y J. Sanz Servicio de Medicina Interna-Infecciosas. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. Espa1a. Fuentes Soriano MI, Ruiz-Giard1n JM, Sanz Paludismo: un diagn6stico emergente. Estudio descriptivo de 25 casos. Rev Clin Esp. 2006;206(10):491-4.
10. Inmaculada Mach1n y Antonio Manuel Mart1n. Paludismo en pa1ses no end6micos. Revisi6n de la situaci6n actual Enferm Infecc Microbiol Clin 2001; 19: 270-272
11. WHO. International travel and health. Capitulo 7 Malaria 148
12. Van Herck K, Zuckerman J, Castelli F, et al. Travelers' knowledge, attitudes, and practices on prevention of infectious diseases: results from a pilot study. J Travel Med 2003; 10(2):75-78.

POSTER 126**AUTORES/AUTHORS:**

RUBEN ARAGON POSADAS, MARIA ELENA MEDIAVILLA MARCOS, ELENA DELGADO GONZALEZ, M^a PAZ GONZALEZ ESTEBAN, JULIA PEREZ ALONSO, ANTONIO MANUEL BALLESTEROS ALVARO, M^a BEGOÑA SANCHEZ GOMEZ, GONZALO DUARTE CLIMENTS, M^a ANGELES GUZMAN FERNANDEZ

TÍTULO/TITLE:

¿Es efectiva la continuidad de cuidados entre Atención Primaria y Atención Especializada? Revisión

La continuidad de cuidados se ha convertido en objetivo de los servicios sanitarios¹. Estas estrategias no se basan en evidencias explícitas. Este trabajo forma parte de la estrategia del Servicio de Salud de Castilla y León (SACyL) para desarrollar un banco de evidencias en cuidados.

OBJETIVOS

Identificar la mejor evidencia disponible sobre efectividad de Continuidad de Cuidados entre Atención Primaria y Especializada. Elaborar recomendaciones para mejorar Cartera de Servicios de SACyL.

METODO

Revisión sistemática de literatura sobre continuidad de cuidados mediante un protocolo de investigación explícito,² realizada por pares y resolución de discrepancias en grupo.

Estrategia de búsqueda formato:PICO, DEcS, MESH.

Bases de datos consultadas: Biblioteca Virtual de Salud, Scielo, Cuiden, Medline, Cochrane, Institute Joanna Briggs (JBI), Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (INAHTA), NGC, SIGN

Criterios de inclusión de los estudios: castellano, inglés y portugués en el periodo 1978-2008, estudios aplicables en nuestro medio.

Criterios de exclusión: estudios que no explicitan intervenciones

Lectura crítica de los artículos y revisión de su calidad mediante listas de chequeo de CASPe. Síntesis de evidencia según nivel de evidencia (N) y grado de recomendación (GR) con la clasificación de JBI.

RESULTADOS

Se identifican 1196 estudios. Tras revisión preliminar se seleccionan 24, tras su lectura crítica fueron considerados 11. Los principales resultados encontrados siguiendo los N/GR del JBI son:

El déficit en comunicación y en transferencia de información pueden afectar negativamente a los pacientes. NII/GRB3

El uso de formatos normalizados con información verbal y escrita al alta planificada mejoran la disminución de la estancia

hospitalaria, y disminuyen los reingresos NII/GRB4 La atención compartida mejora el seguimiento del tratamiento NII/GRC5 El

seguimiento telefónico aumenta la satisfacción del usuario en la continuidad de cuidados NI/GRB6 La enfermera de enlace facilita un aumento en la cobertura de pacientes y de visitas a domicilio, reportando beneficios al paciente y al Sistema de Salud NII/GRA7.

La participación enfermera en la comunicación interniveles (en fractura de cadera NII/GRA8 y rehabilitación cardíaca NIII/GRB9)

reduce las complicaciones y reingresos con la reducción de costes asistenciales por proceso. NII/GRA10.

DISCUSIÓN

Las limitaciones de nuestro estudio son los idiomas de búsqueda y la relativa ausencia de estudios de continuidad.

Nuestro estudio muestra que el déficit en la comunicación al alta hospitalaria es común y puede afectar negativamente a la seguridad de los pacientes.

La coordinación asistencial con una planificación adecuada del alta hospitalaria y la atención domiciliaria, basada en formatos normalizados de comunicación reportan beneficios en salud y una disminución de costes asistenciales por procesos.

Es necesario programar paulatinamente el cuidado domiciliario, mientras el paciente está aún internado. Es decir, que exista un equipo de atención que conozca al paciente y un adecuado soporte familiar que haga posible mantener comunicados a la familia, el equipo tratante y el equipo que acogerá en el domicilio. No sólo se benefician el paciente y su familia sino también el sistema de salud, ya que se evitarán internaciones hospitalarias largas y de alto costo. La planificación del alta sirve para reducir la duración de la estancia hospitalaria y los reingresos no planificados al hospital y mejorar la coordinación entre niveles asistenciales ¹¹.

El uso del seguimiento telefónico no está claro si es efectivo para reducir los problemas posteriores al alta. Los pacientes ven muy positivas estas llamadas y no hay pruebas concluyentes para excluirlo, por lo que creemos que su uso es factible para completar la CC 6.

La implicación del personal sanitario, con un compromiso eficaz, en el buen desarrollo de la CC es imprescindible. En varios trabajos

en nuestro entorno se implica la dirección ,los clínicos ,las enfermeras ,terapeutas ocupacionales, es decir, solo una parte del personal sanitario con nulas intervenciones en el conjunto global de los profesionales. Los buenos resultados del uso de la comparación, como uno de los estímulos para la disminución de la estancia hospitalaria en un sistema sanitario diferente al nuestro, con acuerdos .de apoyo con agencias de servicios extrahospitalario, alentan a insistir en la implicación 12

La mejora en la satisfacción de los familiares y usuarios, al poner en práctica intervenciones de planificación del alta incluyendo cuidados domiciliarios, de rehabilitación , de terapia ocupacional o paliativos mediante la intervención de la enfermera gestora de casos, nos hace proponer el desarrollo de este tipo de profesionales para la CC13

La implicación para la práctica de nuestro estudio es que existen evidencias sobre efectividad de continuidad de cuidados, por ello esta es una intervención que debe incorporarse a la práctica habitual de la enfermera.

Es muy importante realizar estudios primarios en nuestro medio con métodos rigurosos que aporten evidencias de máximo nivel contextualizados en nuestro entorno cultural.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1OMS Informe sobre la salud en el mundo 2005Capítulo 5

2Sánchez-Gómez MB, Duarte-Clímets G.Herramienta para la evidencia Protocolo en 10 pasos: Vayamos paso a paso SECA 2008

3Kripalani S, Lefevre F, Philips C, Williams M,Déficit en la comunicación y la transferencia de información entre el hospital base y los médicos de atención primaria JAMA. 2007

4Johnson A, Sandford J, Información verbal y escrita versus información verbal para los pacientes con alta hacia el domicilio después de estancias hospitalarias agudas Cochrane Plus 2008

5Smith SM, Allwright S,Revisión sistemática2007 Efectividad de la atención compartida en el punto de enlace entre la atención primaria y especializada en el tratamiento de enfermedades crónicas

6Mistiaen P, Poot E. Seguimiento telefónico por profesional de la salud en ámbito hospitalario para problemas posteriores al alta en pacientes que regresan a su domicilio. Revisión Cochrane2008 Número 2

7Gonzalo Duarte Clímets, María Dolores Izquierdo Mora.Enfermera comunitaria de enlace, propuesta para la mejora de la atención domiciliaria.Boletín de enfermería comunitaria I-2002 volumen8 nº1

8Pérez FJ García L. El impacto de la ?PREALTA? en la continuidad de cuidados. ¿Puede la comunicación enfermera interniveles disminuir los reingresos por complicaciones en pacientes intervenidos de fractura de cadera? Evidencia 2004 may-ago

9Dalal HM, Evans PH El logro de las normas marco del servicio nacional de rehabilitación cardiaca y prevención secundaria BMJ326 (7387): 481-4, 2003 Mar 1

10Naylor M, Brooten D, Campbell R, Jacobsen B, Mezey M, Pauly M, Schwartz J.Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders. A randomized clinical trial JAMA 1999;287:613-620

11Fornells, Hugo Antonio BVS Prolongación de la hospitalización en el domicilio Acta bioeth; 6(1): 65-75, 2000

12Análisis cualitativo de las innovaciones organizativas en hospitales públicos españolesJ. del Llanoa / J.F. Martínez-Cantareroa,b / J. Gola,c / F. Raigada

Fundación Gaspar Casal. Hospital 12 de Octubre. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.Instituto de Salud Carlos III15 de mayo de 2002

13Cuidar en casa: la enfermera gestora de casos de pacientes paliativos hematológicos en el domicilio Durán Sánchez, Inés María; Muñoz Montaña, María del Rosario; Dávila Quintana, Santiago; Limón Ramos, Carmen; Osa García, Vicente de la Campo Varela, Tomás. Biblioteca Lascasas, 2009

POSTER 128**AUTORES/AUTHORS:**

Rosiani C.B. Ribeiro de Castro, Emerson Manoel da Silva

TÍTULO/TITLE:**VALIDACIÓN DE PROTOCOLO DE ORIENTACIÓN DE ENFERMERÍA Y MATERIAL INFORMATIVO PARA PACIENTES EN QUIMIOTERAPIA**

No obstante los avances tecnológicos en el diagnóstico y tratamiento de los más variados tipos de cáncer, todavía está muy presente la idea terminal al oír el diagnóstico de la enfermedad. Observando a este aspecto, es importante buscar la calidad de las informaciones prestadas a los pacientes y familiares sobre el asunto, principalmente al inicio del tratamiento. La actividad educativa del enfermero ha sido destacada como fundamental para la promoción y mantenimiento de la salud y, en la situación de la enfermedad, es estratégica para la obtención de la participación del paciente en su tratamiento (1). Objetivos: validar un protocolo de orientación verbal de enfermería al paciente adulto con cáncer en el inicio del tratamiento de quimioterapia; y validar el ?Material Informativo al Paciente Oncológico en Tratamiento de Quimioterapia?, junto al público a quién se destina. Métodos: En una Clínica Oncológica de Ambulatorio privada, en la gran São Paulo, Brasil, se ha realizado una investigación exploratoria, descriptiva de campo, y cualitativa para que se alcanzara los objetivos propuestos. Tras la aprobación del comité de ética en investigación, 12 pacientes contestaron a cinco cuestiones orientadoras, divididas en dos etapas (al final de la primera consulta de enfermería, antes del inicio del tratamiento; y en el segundo retorno para el tratamiento). Las respuestas de los pacientes han sido analizadas en su contenido utilizándose la categorización por el análisis del discurso, según Bardin (2). Resultados y Discusión: Después del análisis de los datos ha sido posible aprehender cinco categorías: Orientación clara, Dudas verbalizadas, Orientaciones suficientes y aclaradoras, Facilidad de entendimiento y Sugerencias presentadas. Con estas categorías se pudo observar que no obstante la ansiedad y el desconocimiento de la enfermedad por parte de los pacientes, estos reconocieron y registraron de manera positiva la orientación verbal de la enfermería, refiriéndose al uso de un lenguaje de fácil comprensión y satisfactorio. En el cotidiano profesional el enfermero utiliza la comunicación para el desempeño de sus diversas actividades, entre estas, la función como educador y prestador de cuidados, así como, su papel de eslabón entre el equipo multi-profesional y los diferentes servicios de cuidado, exigiendo del enfermero un mayor dominio de la habilidad de comunicarse. Así, el uso consciente de la comunicación tiende a facilitar el alcance de los objetivos de la asistencia de la enfermería (3). Las dudas que han surgido correspondieron a la especificidad de algunas medicinas y sus efectos, también se pudo observar en algunas hablas que estos pacientes no descartan la posibilidad de necesitar más informaciones en el trascurso del tratamiento. Así que es imprescindible que el enfermero posea seguridad y conocimiento técnico-científico actualizado(4) para aclarar dudas específicas y particulares que puedan surgir. Para tanto es oportuno establecer una relación entre el enfermero, el paciente y la familia, en los principios que firmen la orientación de la enfermería, promoviendo siempre el diálogo y la disponibilidad durante todo el tratamiento de quimioterapia. Las sugerencias no eran sólo referentes a la enfermería, sino al equipo de salud en general, y han sido consideradas para las próximas versiones del material. La orientación de la enfermería durante las consultas ha sido una demostración de afectividad y respeto, donde las diferencias individuales deben ser reconocidas, respetadas y valoradas. Es necesario identificar las necesidades no dichas, percibir lo imperceptible, desarrollando la habilidad de lidiar con los sentimientos más allá de la patología (5). La comunicación no verbalizada es captada y descrita por la mayoría de los pacientes como ?cariño? y ?atención?, demostrando que los mismos, al pasar por una fase de gran fragilidad física y emocional, necesitan el apoyo técnico y emocional. Por eso, el enfermero debe estar consciente de que también exprime emociones y está siendo observado por el paciente durante las consultas de enfermería, que al revés de reprimirlas, debe usarlas de modo a facilitar la interacción (6). Cuanto al material informativo impreso, es importante transformar el lenguaje de las informaciones técnicas, haciéndolas más accesibles a todos, independientemente del grado de instrucción de las personas. Esa también es una etapa importante para el equipo, porque, muchas veces, no percibimos que estamos utilizando un lenguaje técnico, que sólo los profesionales del área lo comprenden. Este tipo de materiales debe ser construido para fortalecer la orientación a los familiares y pacientes, siendo, por lo tanto, indispensable escribirlo en un lenguaje que todos lo comprendan (7). En este estudio, por los relatos se pudo considerar que ha sido un instrumento facilitador de orientaciones y aprendizaje, una vez que busca favorecer al proceso aclarador en el ambiente del ambulatorio y en el cuidado domiciliar, complementando las informaciones verbales de los enfermeros, auxiliando y desmitificando el tratamiento de quimioterapia, lo que mejora la atención a esos pacientes, siempre visando a la excelencia en el cuidado prestado.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1-Melles AM, Zago MM. Análise da educação de pacientes/pacientes na literatura brasileira de enfermagem. Rev Lat Am Enferm. 1999;7(5):85-94.
- 2-Bardin L. Análise de conteúdo. Rio de Janeiro: Edições 70; 1977.
- 3-Fontes CA, Alvim NA. A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido à terapêutica antineoplásica. Acta Paul Enferm. 2008;21(1):77-83.
- 4-Calil AM, Prado C. O ensino de oncologia na formação do enfermeiro. Rev. bras. enferm. [periódico na Internet]. 2009 Jun [citado 2009 Set 10]; 62(3):467-470.Disponívelem: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672009000300022&lng=pt. doi: 10.1590/S0034-71672009000300022.
- 5-Sousa D M de, Soares EO, Costa KMS, PALC, PACM. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. Texto contexto - enferm. [periódico na Internet]. 2009 Mar [citado 2009 Set 10]; 18(1):41-47.Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072009000100005&lng=pt. doi: 10.1590/S0104-07072009000100005.
- 6-Castro RCBR, Silva MJ. A comunicação não-verbal nas interações enfermeiro-usuário em atendimentos de saúde mental. Revista Lat Am Enferm. 2001;9(1):80-7.
- 7-Echer IC. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. Rev Lat Am Enferm. 2005;13(5):754-7.

POSTER 129**AUTORES/AUTHORS:**

Rosiani C.B. Ribeiro de Castro, Rosiani C. B. Ribeiro de Castro, Andréa Feitosa Pinheiro, Solange S. Mascarenhas Chagas

TÍTULO/TITLE:

La utilización del juguete terapéutico en la asistencia a los niños en tratamiento oncológico

Considerándose el juguete terapéutico como una técnica basada en los principios de la ludo terapia, su uso adaptado puede ayudar a aliviar o disminuir la ansiedad generada por experiencias atípicas para su edad, en la niñez, como en un tratamiento oncológico. Se percibe que su uso contribuye, cada vez más, en la tentativa de hacer con que en aquel instante, el pasaje por el hospital sea más agradable, en que los profesionales tienen la oportunidad de no actuar de forma simplemente mecanizada, y sí, más humana (1). El niño con cáncer merece una atención especial, porque además de la grave enfermedad causar una patología física, él pasa por un largo tratamiento, con innumerables procedimientos invasivos, lo que puede traumatizarle (2). El principal enfoque de esta investigación está dirigido al uso del juguete por el equipo de enfermería como una forma de ofrecer al niño un medio de jugar efectivamente, para que se olvide por algunos momentos del miedo, del dolor y de los procedimientos dolorosos, que para la infancia, muchas veces no es de fácil comprensión debido a la fragilidad infantil (3). El juguete terapéutico es estructurado, o sea, básicamente normal, y puede volverse terapéutico cuando ofrece el bienestar al niño (4). La finalidad de este estudio es contribuir para la divulgación del uso del juguete terapéutico como instrumento de trabajo del enfermero y de esta forma también contribuir para el éxito del tratamiento oncológico de los niños. Objetivos: Describir las respuestas de conducta presentadas por los niños en tratamiento oncológico durante la utilización del juguete terapéutico con relación al manoseo de los catéteres semi-implantables o totalmente implantables y el procedimiento de punción venosa. Métodos: En una casa de apoyo al niño con cáncer (institución filantrópica), en São Paulo, Brasil; se ha hecho una investigación cualitativa, exploratoria, descriptiva y de campo. Se ha investigado niños de tres a seis años de edad que estuvieron presentes en la institución en el momento del análisis y que las madres aceptaron participar. Tras la aprobación del comité de ética en investigación, y la autorización de las madres, se ha hecho entrevistas para coleccionar informaciones sobre la conducta del niño con relación al auto cuidado del catéter y/o las actitudes de conducta con relación al momento de la punción, siendo las entrevistas grabadas y transcritas. En una segunda etapa, los niños han sido observados en la sesión de juguete terapéutico dramático, donde manosearon diferentes tipos de juguetes, y entre ellos, una muñeca que poseía varios tipos de catéteres utilizados en el tratamiento y materiales hospitalarios. Los datos han sido categorizados por análisis de contenido, según Bardin (5), a partir de la observación de las manifestaciones psicológicas y de conducta. Resultados y discusión: De las entrevistas con las madres, ha sido posible la identificación de las categorías: recelo de los profesionales de salud y miedo de los procedimientos invasivos. Las situaciones de tratamiento oncológico pueden ser estresantes a los niños, frente a los procedimientos intrusivos, como la punción venosa, lo que contribuye para aumentarle el miedo y la ansiedad, expresos por medio del llanto, de la rabia y agresividad peculiar de la edad (3). Además, no tienen estructura cognitiva para comprender la experiencia por la cual están pasando (6). De la observación de los niños ha sido identificado el reconocimiento de materiales hospitalarios, el miedo demostrado en el manoseo de juguetes que simulaban catéteres y expresión de sentimientos. La sesión pudo ser considerada terapéutica porque a través del juego con los objetos hospitalarios y juguetes comunes adaptados para las situaciones que ocurren en el ambiente hospitalario, se pudo simular una situación real que viven en su tratamiento. Durante las sesiones han ocurrido explicaciones sobre los procedimientos más comunes, aclarándoles las principales dudas, y con eso, disminuyendo la ansiedad e inseguridad tanto de los familiares como de los niños, permitiendo la visualización de las situaciones con el manoseo de los instrumentos y su utilización. Hay un estudio reciente demostrando la influencia de la sesión de juguete terapéutico donde ha sido observada la disminución de la tensión y del dolor en los niños durante curativos quirúrgicos, haciéndoles más relajados y cooperativos (7). Se ha percibido la importancia del juguete terapéutico, no sólo en los niños con cáncer como, también, en el involucramiento del cuidador que necesita incentivarles y estimularles. El juguete puede ser más que un objeto recreativo, puede ayudar a expresar sentimientos y asimilar nuevas experiencias (4), posibilitando una asistencia de enfermería humanizada, intentando hacer la vida de los niños con cáncer más feliz.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1-Ribeiro CA. O efeito da utilização do brinquedo terapêutico, pela enfermeira pediatra, sobre o comportamento de crianças recém-hospitalizadas. Rev. Esc. Enferm. USP; 1991; 25(1):41-60.

2. Almeida FA, Margareth A. Brinquedo terapêutico: comportamentos manifestados por crianças em unidade de recuperação pós-operatória de cirurgia cardíaca / Therapeutic play: children's behaviors in the post-operative care unit. Rev. Paul. Enfermagem; 2001;20(1):5-12.
3. Martins MR, Ribeiro CA, Borba RIH, Silva CV. Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. Revista Latino-Americana de Enfermagem; 2001; 9(2):76-85.
4. Ribeiro PJ, Sabates AL, Ribeiro CA. Utilização do brinquedo terapêutico, como um instrumento de intervenção de enfermagem, no preparo de crianças submetidas a coleta de sangue. Rev. Esc. Enferm. USP; 2001; 35(4):420-8.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. Rio de Janeiro: Edições 70; 1977.
6. Silva LRA. utilização do brinquedo terapêutico na prescrição da assistência de enfermagem pediátrica. Texto & Contexto; 1998; 7(3):96-105.
7. Kiche M T, Almeida FA. Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. Acta paul. enferm. [periódico na Internet]. 2009 [citado 2009 Set 10]; 22(2):125-130. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002009000200002&lng=pt. doi:10.1590/S010321002009000200002.

POSTER 133**AUTORES/AUTHORS:**

Cristina Castro Yuste, Jose Manuel Romero Sánchez, Juan Carlos Paramio Cuevas, Olga Paloma Castro, Cristina Gavira Fernández, María José García Cabanillas, Maria Jesús Rodríguez Cornejo, Concepción Carnicer Fuentes, Luis Javier Moreno Corral

TÍTULO/TITLE:

PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES SOBRE EL APRENDIZAJE A TRAVÉS DE SIMULACIÓN OPERATIVA DE SESIONES CLÍNICAS DE CUIDADOS

INTRODUCCIÓN

La adquisición de competencias orientadas al desarrollo de la práctica profesional es uno de los principales objetivos que perseguimos en la aplicación del modelo de enseñanza del Espacio Europeo de Educación Superior. En esta línea creemos que las prácticas clínicas que realizan los estudiantes de enfermería en Centros Sanitarios, proporcionan un contexto único para la adquisición de las mismas.

Desde el curso 2007-08, en el departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Cádiz, venimos desarrollando una estrategia docente que denominamos 'simulación operativa de sesiones clínicas de cuidados'.

Dicha herramienta consiste en la elección de un paciente real para el que se diseña un plan de cuidados individualizado. El alumno tras valorar al paciente y establecer un juicio diagnóstico debe planificar y ejecutar cuidados basados en la evidencia que previamente ha obtenido de diversas fuentes documentales. Este proceso está tutorizado por profesores tutores de prácticas clínicas y profesores titulares responsables de la asignatura. Al finalizar, se simula una sesión clínica por grupos en la que los alumnos exponen el caso, los cuidados que han aplicado y los resultados obtenidos. Tras la exposición se debaten los casos entre alumnos, tutores de prácticas y profesores responsables para profundizar en aquellos aspectos que susciten interés y proponer aspectos de mejora.

OBJETIVOS

A través de este estudio pretendemos:

? Analizar el grado de aprendizaje y dificultad percibido por los estudiantes respecto a la realización de una simulación operativa de sesiones clínicas de cuidados.

? Identificar las competencias que los estudiantes perciben que han adquirido en mayor medida con dicha actividad y las que les han supuesto mayor dificultad.

MÉTODO

Ámbito de estudio: Enfermería Docente.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Sujetos Participantes: Alumnos de la Asignatura Enfermería Medico-Quirúrgica III que han realizado Simulaciones Operativas de Sesiones Clínicas de Cuidados, N= 100. Dicha asignatura se imparte en el último curso de la Diplomatura en Enfermería.

Muestra: Por la voluntariedad de participación se eligió un muestreo intencional, n=47.

Variables:

1. Grado de aprendizaje percibido.

2. Dificultad percibida.
3. Principales competencias que los estudiantes perciben que han adquirido en mayor medida.
4. Principales competencias que han supuesto mayor dificultad.

Medida: 1=Mínimo - 5=Máximo. Para las variables 3 y 4 consideramos, en términos de frecuencia, que son las principales aquellas que más de la mitad de los alumnos encuestados las han calificado con una puntuación ≥ 4 .

Instrumento: Los datos se obtuvieron a través de un cuestionario auto-administrado anónimo diseñado, siguiendo las premisas de Grau (1), a partir de bibliografía específica (2,3). Se realizó un pretest cognitivo en un grupo de 8 estudiantes y se sometió a validación cualitativa basada en juicio de expertos.

Análisis de datos: Análisis estadístico descriptivo realizado con SPSS 17.0.

RESULTADOS

n=47.

? Grado de aprendizaje percibido: $X=3,766$ (DE: 0,983).

? Grado de dificultad percibida: $X=3,319$ (DE: 0,98).

? Principales competencias que los estudiantes han manifestado adquirir:

- Desarrollar pensamiento crítico: 68,1%
- Aplicar el proceso enfermero: 68,1%
- Proporcionar cuidados óptimos al paciente: 63,9%

? Principales dificultades encontradas por los estudiantes:

- Búsqueda de evidencia científica en los cuidados: 81,9%
- Exposición oral: 64,85%
- Búsqueda de información y acceso a recursos bibliográficos: 56,37%

DISCUSION

Uno de los resultados que consideramos más relevantes es que los estudiantes hayan identificado la utilización de sesiones clínicas como una metodología útil para proporcionar cuidados óptimos al paciente. Así mismo, manifiestan que la participación en esta actividad ha favorecido su capacidad reflexiva y la aplicación de la metodología enfermera a casos reales. Estos aspectos nos parecen básicos para su futura práctica profesional y para el desarrollo de la disciplina enfermera.

Los estudiantes han percibido esta técnica con una dificultad elevada, aunque manifiestan un alto grado de aprendizaje. Las principales dificultades encontradas están relacionadas con la búsqueda y acceso a la información sobre evidencia en cuidados y con la exposición oral. Aunque no pretendemos extrapolar estos resultados, hemos encontrado hallazgos similares en la literatura (4,5). En futuras experiencias habrá que plantear medidas de mejora en este sentido.

A nivel práctico, creemos que sería una técnica adecuada para la adquisición de competencias en los Practicum del nuevo Título de

Grado.

IMPLICACIONES PRÁCTICAS

La simulación operativa de sesiones clínicas de cuidados es percibida por los alumnos como una herramienta compleja, pero útil y eficiente para su aprendizaje durante su estancia en prácticas clínicas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Grau G. Metodología para la validación de cuestionarios. *Medifam* 1995; 5(6): 351-359, 26.
2. Martín MC. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión* 2004; 5 (17): 23-29.
3. Albi J, Caamaño MD, García F, Abad MA, Fernández C, Benavente MJ. Desarrollo de un instrumento de evaluación de las prácticas clínicas de los estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica* 2003; 13(3):146-153.
4. Gálvez A. Evidencias, pruebas científicas y enfermería. Reflexión en voz baja y pensamientos inconfesables. *Enferm Global* 2003; 3
5. Rodríguez MM, Portero E, Martínez JD, Rodríguez CD, Ferre MA. El debate entre la investigación cualitativa y cuantitativa y su impacto en la práctica enfermera basada en la evidencia. *Tempus Vitalis* 2008; 8 (1): 17-24

POSTER 134**AUTORES/AUTHORS:**

JACQUELINE DANTAS SAMPAIO, LUCIENE MIRANDA DE ANDRADE, ANUZIA LOPES SAUNDERS, LOURDES DE FATIMA GUEDES LIMA, ZUILA MARIA DE FIGUEIREDO CARVALHO, JOSELANY AFIO CAETANO, MARIA GORETTI SOARES MONTEIRO

TÍTULO/TITLE:

INTOXICACIÓN EXÓGENA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA: CARACTERÍSTICAS DE UNA CLIENTELA

Introducción: El paciente intoxicado difiere, en algunos aspectos, de aquellos asistidos en cotidiano de una atención de emergencia. En la mayoría de los casos, son personas saludables, que desarrollan síntomas y señales decurrentes del contacto con sustancias externas y de los efectos sistemáticos de ellas. En Brasil, los medicamentos son las sustancias más comunes de intoxicación humana, seguidos de los agrotóxicos productos veterinarios, raticidas entre otros.

Objetivo: Identificar el perfil epidemiológico de los pacientes víctimas de intoxicación exógena atendidos en un hospital de referencia.

Material y Método: Fue realizado un estudio epidemiológico, documental, retrospectivo y descriptivo. La investigación fue realizada en el Centro de Asistencia Toxicológica - CEATOX, de un hospital público de emergencia. Los sujetos de la investigación fueron las fichas de investigación de los pacientes que fueron atendidos en el Centro de Asistencia Toxicológica. Los datos fueron organizados en el EXCEL e analizados en el sistema Epiinfo versión 2002, y presentados en tablas.

Resultados: Del total observado, 3039 (un 54,66%) eran del sexo femenino, la franja etaria predominante de 20 a 39 años, con 1.599 (un 40,50%) víctimas y la mayoría eran procedente de la Capital (un 70,00%). El principal motivo de la intoxicación fue a la tentativa de suicidio (un 62,42%), el tipo de sustancia más utilizada fueron los medicamentos (un 35,93%), cuyo gran mayoría de los episodios ocurrieron en el domicilio (un 92,09%) y (un 68,09%) de los casos hasta el término de los levantamientos obtuvieron cura.

Discusiones: Delante de los resultados fue posible percibir la necesidad de elaboración de políticas de promoción de la salud para la prevención de las intoxicaciones, así como estrategias capaces de dificultar la adquisición de medicamentos no prescritos. El enfermero asume importante papel en todo este proceso participando del proceso de prevención de las ocurrencias mediante estrategias educativas sobre los peligros que se acercan de estas sustancias y en la recuperación y reintegración de estos para la sociedad después del accidente.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Costa, R.J. Intoxicação Exógena. Disponível em: ><http://www.portalfarmacia.com.br/farmacia/principal/conteudo.asp?id=6413>>. Acesso em 20 de março de 2009.

POSTER 135**AUTORES/AUTHORS:**

NURIA DE ARGILA FERNÁNDEZ-DURÁN, BLANCA EGEA ZEROLO, DANIEL CARNEVALI RUIZ

TÍTULO/TITLE:

Evaluación del impacto tras la implantación del Triage de adulto gestionado por enfermería en un servicio de urgencias h

Objetivo:

Analizar el impacto de un programa de triage (con previa formación) en la demora en la atención de los pacientes en un servicio de urgencias hospitalarias.

Conocer la valoración del personal de enfermería que ha iniciado la gestión del triage en este Servicio de Urgencias.

Métodos:

Estudio observacional prospectivo de tipo cohortes del total de 72.357 pacientes que son atendidos en urgencias en el Hospital Quirón Madrid, durante el periodo comprendido desde enero del 2008 hasta abril 2009 con un total de dieciséis meses.

Estudio descriptivo de los diecinueve profesionales de enfermería de la plantilla del servicio de urgencias tras los seis meses de triage. Para ello se elabora una encuesta estructurada simple registrando el perfil profesional: sexo, edad, año de finalización de estudios y tiempo trabajado en el mismo servicio. Se recogen datos sobre la formación específica, idoneidad del cuerpo profesional, autocapacitación y satisfacción personal respecto a la herramienta de triage. Tras un periodo de seis meses de instauración y desarrollo del triage, se propuso analizar esta herramienta desde la experiencia de los profesionales de enfermería en plantilla del servicio de urgencias. Para ello se elabora una encuesta estructurada simple. Se recogen datos con carácter anónimo y voluntario, referidos al perfil profesional del equipo de enfermería de la unidad, sexo, edad, año de finalización de estudios y tiempo trabajado en el mismo servicio. En cualquier momento los encuestados podían acudir a un observador referente en la misma. De la misma manera, formulamos preguntas referidas a formación específica, idoneidad del cuerpo profesional, autocapacitación y satisfacción personal respecto a la herramienta de triage, estableciendo como único criterio de inclusión en la muestra de estudio, pertenecer de forma estable al equipo de enfermería entre el periodo de estudio, en el cual se identifica el triage como función asistencial propia.

Las variables estudiadas fueron analizadas bajo paquete informático Excel para la recogida y tabulación de los datos:

Tiempo medio de primera asistencia: Mide el tiempo que tardan los pacientes en recibir la primera asistencia por enfermería en el triage desde que accede al servicio de urgencias (definido por la hora registrada de llegada).

Tiempo medio de permanencia en urgencias: Tiempo total que permanece el paciente en el servicio de urgencias desde que llega hasta que abandona el mismo sea por alta o por ingreso; se incluye el tiempo de estancia en la Observación de Urgencias.

La unidad de medida de ambas variables, es el minuto.

Resultados:

Entre los diez primeros meses sin triage y los seis siguientes con triage, se evidencia una diferencia significativa como resultado de mejora en los tiempos de la primera asistencia pasando a tiempos de mínimo 9 a 3 minutos y de máximo 24 a 8 minutos, ($p < 0.05$) Sin embargo, no se aprecia diferencia en el tiempo de permanencia en urgencias.

Ni el sexo, la edad, ni el tiempo trabajado de los enfermeros de plantilla en la urgencia, evidencian diferencias significativas; todos refieren conocer las funciones del triage y están de acuerdo con que lo realice enfermería. El 47,4% piensa que el triage debe ser compartido por los médicos. El 63,2% refiere que el tiempo mínimo que debe estar un enfermero en urgencias antes de poder realizar triage son seis meses. El aspecto más valorado por los enfermeros de triage es tener capacidad de priorización, organización y decisión frente a tener habilidades interpersonales y de comunicación, capacidad de trabajo y equipo y la formación postgrado.

Discusión

Aunque la gestión enfermera en el cambio organizativo del servicio de urgencias con la puesta en funcionamiento del triage gestionado por enfermería ha estructurado la asistencia de una forma más eficaz y eficiente en los tiempos de la primera atención, no ha influido en el tiempo total de permanencia pudiendo estar vinculado a la gravedad de la patología, a factores como la edad, encamamiento etc., objeto de análisis para posteriores estudios.

En cuánto a los diecinueve profesionales de enfermería parece que solo influye la propia opinión de cada uno de los enfermeros. Existen coincidencias en cuánto a la labor formativa para la idoneidad del puesto. Este artículo vuelve a confirmar que el triage de los servicios de urgencias es una necesidad fundamental para la mejora continua de la calidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- J. Gómez Jimenez. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias* 2003; 15:165-174.
- Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Recomendación científica 99/01/01, de las funciones de los Diplomados en Enfermería en la Recepción, Acogida y Clasificación asistencial de los pacientes en urgencias. SEEUE. Madrid, 1999.
- B. Álvarez Álvarez. Estudio del Triage y tiempos de espera en un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias*. Vol. 10, Núm. 2, Marzo-Abril 1998.
- Sociedad Española de Enfermería de Urgencias (SEEU). De las funciones y tareas propias de los diplomados de enfermería en la recepción, acogida y clasificación de los pacientes en el área de urgencias. Recomendación científica 99/01/01 de 15 de junio de 1999. URL disponible 24-5-09: <http://www.urgencias-medicas.org/colabora/jerotriage.pdf>
- H. Larrumbide. La recepción y clasificación en urgencias debe ser propia de enfermeras. *Enfermería de Actualidad* 1999; 36:8.
- R.F García González. Visión de la enfermería de urgencias hospitalaria ante la herramienta del triaje. *Emergencias* 2003; 15:28-32.
- A.J López Baena. Indicadores Cuantitativos y Cualitativos para la Evaluación de la Actividad Investigadora: ¿Complementarios? ¿Contradictorios? ¿Excluyentes?. Cuadernos IRC. URL disponible 24-5-09: http://www2.uca.es/serv/consejo_social/doc/transferencia14.pdf

POSTER 136**AUTORES/AUTHORS:**

SERAFÍN FERNÁNDEZ-SALAZAR, ANTONIO JESÚS RAMOS-MORCILLO

TÍTULO/TITLE:

Medición de Resultados en Salud: variabilidad interobservador en la medición del resultado en enfermero. Conocimiento: recursos sanitarios

INTRODUCCIÓN

En la actualidad existe un gran interés por la Investigación de Resultados en Salud (IRS), los cuales se definen como los cambios en un estado de salud imputable a una intervención de los servicios sanitarios (1). Una de las razones que justifica la necesidad de la IRS es la variabilidad existente en la práctica clínica (2-4).

Una parte importante de estos resultados va a estar influenciada por las respuestas humanas a la situación de salud (2). Cada profesión debería identificar los resultados dependientes de su práctica profesional (5).

La Universidad de Iowa, a través de su Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), estandariza la terminología de los resultados enfermeros, de tal manera que pueden ser usados por enfermeras (5). Aunque la NOC presenta numerosas posibilidades, también posee ciertas limitaciones. Kol et al. (6), consideraron que algunos NOC eran difíciles de evaluar y comparar. Keenan et al. (7), aún consiguiendo resultados positivos identificaron dificultades en la evaluación de los resultados de conocimiento.

Por tanto, teniendo en cuenta la variabilidad existente en la práctica clínica y las limitaciones que presenta aún la NOC, se hace necesario continuar analizando su fiabilidad de esta herramienta.

OBJETIVOS

Determinar la Fiabilidad Interobservador (FI) en la medición del NOC, Conocimiento: Recursos Sanitarios en el entorno español. Comparar la (FI) obtenida en nuestro estudio con la facilitada por las autoras de la NOC.

MÉTODOS

Tipo de diseño.

Estudio descriptivo transversal.

Ámbito y periodo de estudio.

El estudio se desarrolló entre los meses de febrero y mayo de 2009 en el Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura (Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir) y en el Centro de Salud Virgen de Linarejos, perteneciente al Distrito Sanitario Jaén Norte (Servicio Andaluz de Salud), ambos de la provincia de Jaén (España).

Sujetos participantes.

Se seleccionaron 12 enfermeras, 6 en cada uno de los Centros, las cuales midieron el NOC, así como sus Indicadores de Resultado (IR) sobre 60 personas. Para la selección de los profesionales se realizó un muestreo por conveniencia. Para el cálculo del tamaño muestral se tuvo en cuenta el estudio realizado por las autoras de la NOC (5).

Variables de estudio.

Se consideró como variables de estudio el NOC de manera global así como sus 8 IR.

Instrumento y procedimiento utilizado para la obtención de datos.

La recogida de datos se realizó en un formulario creado específicamente para este estudio, que incluía tres apartados: datos del paciente o cuidadora, datos del profesional y el NOC motivo de estudio con sus IR. Los formularios fueron recogidos de manera ininterrumpida hasta conseguir un número mínimo de 60 personas (30 en cada uno de los Centros). Las enfermeras realizaban las mediciones del NOC por parejas.

Análisis de datos.

Los datos obtenidos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS v.12.0. Se calculó el Coeficiente de Correlación Intraclase y su Intervalo de Confianza del 95%.

RESULTADOS

Las mediciones realizadas por los profesionales sobre el total de la muestra presentaron un 56,67% de concordancia absoluta.

El CCI presentó un valor de 0,56 (IC: 0,361-0,712) para el total de la muestra, siendo este valor estadísticamente significativo

($p=0,001$), por lo que el grado de acuerdo entre observadores fue moderado, ya que su valor oscila entre 0,4 y 0,75.

Respecto a los IR, el 2, 5, 6 y 8 presentaron un grado de acuerdo moderado, mientras que el 1, 3, 4 y 7, presentaron un acuerdo ligero, todos con datos estadísticamente significativos ($p < 0,05$).

DISCUSIÓN

Los hallazgos de esta investigación apuntan a que la FI de este NOC en nuestro entorno es moderada, al igual que los estudios desarrollados en otros países. Los resultados obtenidos por Keenan et al. (7) en Estados Unidos, presentaron una fiabilidad moderada en el uso de este NOC (Coeficiente de Correlación Intraclase de 0,67, IC: 0,46-0,80) para una muestra de 43 sujetos. Respecto a los datos facilitados por las autoras de la NOC (CCI= 0,66), podemos decir que los resultados son similares, ya que aunque la fiabilidad de nuestro estudio a nivel numérico es más baja, sigue encontrándose en rangos de fiabilidad moderada. Pensamos que las características de las enfermeras participantes en este estudio podrían ser extrapoladas a las de otros lugares de nuestro sistema sanitario público respecto a edad, titulación y conocimientos sobre metodología enfermera. Además puede considerarse fiable para ser utilizado en los niveles asistenciales estudiados, Atención Primaria y Especializada.

Aunque los resultados son favorables, consideramos necesario seguir trabajando en la mejora de la herramienta de tal manera que se disminuya la variabilidad en las mediciones por parte de los profesionales.

Es importante para la práctica enfermera disponer de instrumentos de medición de resultados sensibles a nuestra práctica, pero estas han de ser fiables, válidas y útiles.

Implicaciones para la práctica.

El análisis de la variabilidad interobservador de este resultado enfermero nos indica que puede ser usado para la consecución de resultados enfermeros, medición del impacto de la intervención enfermera y monitorización de resultados en salud en nuestro entorno.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Sebastián Viana T; Gil Hernández, M^a R. Resultados sensibles a la práctica enfermera. Una reflexión sobre la situación actual. Rev Tesela [revista en internet]. 2008. [citado 18 Nov 2008]; 3. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts3/ts6650.php>
2. Morales Asencio JM. Investigación de Resultados en Enfermería: el camino hacia la efectividad de los cuidados. Index Enferm [revista en internet]. 2004. [citado 16 Nov 2008]; 13 (44-45): 37-41. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962004000100008&lng=es&nrm=iso. ISSN 1132-1296
3. Berenguer J, Esteve M, Verdaguer A. La disminución de la variabilidad en la práctica asistencial: del marco teórico conceptual a la implementación y evaluación, una necesidad. Rev Calidad Asistencial 2004;19(4):213-215.
4. Gálvez Toro A, Román Cereto M, Ruiz Román MJ, Heierle Valero C, Morales Asencio JM, Gonzalo E, et al. Enfermería Basada en Evidencias. Aportaciones y propuestas. Index Enferm [revista en internet]. 2003 [citado 3 de Marzo 2009]; 40-41. Disponible en http://www.index-f.com/index-enfermeria/40-41revista/40-41_articulo_47-50.php
5. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de enfermería (NOC). 4^o ed. Madrid: Elsevier Mosby. España; 2009.
6. Kol Y, Jacobson O, Wieler S, Weiss D, Sadeh Z. Evaluation of the Nursing Outcomes Classification (NOC)?From Theory to Practice in Israel. Outcomes Management.2003; Jul/Sep; 7(3):121-128.
7. Keenan G, Barkauskas V, Stocker J, Johnson M, Maas M, Moorhead S, et al. Establishing the Validity, Reliability, and Sensitivity of NOC in an Adult Care Nurse Practitioner Setting. Outcomes Management.2003; Apr/Jun; 7(2): 74-83.

POSTER 137**AUTORES/AUTHORS:**

Carolina García González, José Antonio Rey Gaonzález, M. José Fernández Troiteiro, Manuela Fontanilo Fontanilo, Víctor del Campo Pérez

TÍTULO/TITLE:

Tiempo de espera de un proceso respiratorio en el servicio de urgencias del Hospital Meixoeiro de Vigo

Introducción y objetivos.-

El motivo que nos lleva a investigar sobre el tema parte de la percepción generalizada de los largos tiempos de espera en los servicios de urgencias.

Medimos el tiempo de estancia de los pacientes con procesos respiratorios desde su entrada, a través del servicio de admisión, hasta la solución a su problema, en forma de alta, observación o ingreso.

Fraccionamos el tiempo de estancia en las diferentes etapas de atención, intentando analizar en cuál de éstas el tiempo se alarga. Tras el análisis de estos 'embudos', proponemos posibles intervenciones.

Elegimos al paciente respiratorio por dos motivos:

- Pensamos que era el que con mayor frecuencia acudía a nuestro servicio.
- Por ser un paciente que demanda una atención más inmediata.

Objetivo principal: conocer el tiempo de estancia en urgencias de un paciente con un proceso respiratorio

Objetivos secundarios: - conocer su edad

- estudiar las causas que incrementan la espera
- ver si existen diferencias entre los turnos de trabajo
- detectar posibles embudos

Métodología.-

El estudio, que se define como descriptivo, observacional, y transversal, se realizó en el área de boxes del servicio de urgencias del Meixoeiro, hospital medio que atiende a una población (rural y urbana), de unos 170.000 habitantes, de la provincia de Pontevedra.

La muestra fue de 90 casos que fueron recogidos por dos enfermeras del servicio, en el periodo de 13/XI/07 a 20/IV/08. El criterio de selección consistió en elegir a los dos primeros pacientes que acudían al servicio en su turno de trabajo, y que se ajustaban a unos ítems (motivo de entrada) preestablecidos. Los datos se registraron en una planilla diseñada al efecto.

El análisis incluye las siguientes variables:

- ?Sexo
- ?Diagnóstico/síntoma: ítem motivo de entrada
- ?Resolución, en forma de ALTA, INGRESO, CAMA DE OBSERVACION
- ?Edad
- ?Tiempos analizados: tiempo en paso a box, t. de laboratorio, t de Rx, t. de recepción de resultados, t de resolución.

Resultados.-

El Tiempo medio es 4h 52min, siendo para varones 4h 27min y para mujeres 5h 17min. De los 90 casos, 46 (51%) son mujeres. La media de edad (desviación estándar) es de 72,7 (16,4) años, siendo para varones de 66 y para mujeres de 78. Los pacientes mayores de 71 años suponen el 70% de la muestra.

El tiempo medio empleado en pasar a un box es de 37 minutos; en el estudio radiológico se emplean 29 m.; la media del estudio analítico en el laboratorio de urgencias es de 1 hora y 22 minutos; el tiempo medio empleado en la entrega del informe completo al médico es de 4 minutos. La media del tiempo de resolución médica, de 1 hora y 47 minutos. En el turno de mañana se registran un 65,5% de las entradas.

Conclusión.-

- ?Incidencia de esta patología no relacionada con el sexo.
- ?Población predominantemente mayor de 71 años.
- ?Mayor morbilidad en el varón: mayores porcentajes de ingresos y camas de observación en varones, y de altas en el caso de las mujeres.

?El tiempo de resolución representa un tercio del tiempo registrado.

?No existe diferencia significativa de tiempos de espera según se trate de alta, ingreso o cama de observación.

?El tiempo real de un estudio analítico (datos aportados por el servicio de laboratorio), es la mitad de tiempo registrado, que incluye el transporte de muestras y de resultados en forma de papel impreso.

?El turno de trabajo no influye en el tiempo de espera, si bien se registra un mayor nº de entradas en el turno de mañana (8h-15h).

Detectamos embudos a nivel de:

- filtro,
- realización de pruebas diagnósticas,
- proceso de resolución.

Se proponen las siguientes intervenciones:

- Implantación de un sistema de triage que establezca prioridades de atención, frente a nuestro actual sistema de filtro.
- Informatización y mecanización del proceso de pruebas diagnósticas, que reduzca el tiempo de transporte de muestras y resultados.
- Agilizar el tiempo de resolución médica (análisis de resultados y decisión de alta, observación o ingreso).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.-Rodríguez Gutiérrez C, Romera García M.T, Menéndez Rivera J.J Losa Campillo J, Mendieta Lázaro J M, Montabes Montabes E, Arriola Bolado P, Paniagua Caramanzana E, Álvarez Martín I. Estudio de tiempos en el área urgencia hospitalaria. Gac Sanitaria.1992 may-jun.6(30):113-116.
- 2.- Martínez Veny S. Procedimiento de triage en la urgencia hospitalaria, Metas de enfermería. Octubre 2003,VI (59): 57-60.
- 3.- B. Alvarez Alvarez, J. Gorostidi Pérez,O Rodríguez Naroto, A. Antuña Egocheaga, P Alonso Alonso. Estudio de triage y tiempos de espera en un servicio de urgencias hospitalario. Emergencias. Vol. 10,núm. 2, Marzo- Abri 1998
- 4.- Mora Barba J. M., Hernández Quiles, I., López García, M. Protocolo de triage de enfermería en un servicio de urgencias hospitalario. Valoración de los 3 primeros meses de funcionamiento. Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias. Las Palmas, mayo 1996.
- 5.- E. Ramiro Tena, J.A. Martínez García, E. Martínez Bienvenido, F. C. Sánchez Sánchez, J. Leal Lopis, J. Alcaraz Martínez. Monitorización del tiempo de espera previo al triage en un servicio de urgencias hospitalario. enfermeriadeurgencias.com, junio 2005, nº 32.
- 6.- García Vega J., Clavería Fontán, A. Tiempo de estancia en un servicio de urgencias hospitalario. Emergencias 1909. 1: 17-19.
- 7.- Rius Bricoller, C., Vaquero Belmonte, F., Sagner Oliva, M. Estudio del tiempo de estancia en el servicio de urgencias como sistema de control de calidad. Emergencias 1990. 2: 22-25.
- 8.- J. Girbés, Juan V. Calcduch Broseta, M.A. Carbonell Torregosa. Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, nº-1 2006: 30-35.

POSTER 140**AUTORES/AUTHORS:**

GUADALUPE GARCIA VILLALBA, GUADALUPE GARCIA VILLALBA, SALIHA BELMOUNTE DARRAZ, ALFONSO FERNANDEZ RODRIGUEZ, NEWAL MOHAMED HAMETE, FRANCISCO JOSE HERNANDEZ ARREDONDO, MARIA ISABEL SALAZAR GUERRERO, SORAYA ELMENUAR AHMED

TÍTULO/TITLE:

¿EL TRIPLE SCREENING PRENATAL EN LA MUJER GESTANTE?

INTRODUCCION:

La alta demanda de atención sanitaria en el ?Centro de Orientación Familiar de Melilla? (COF) nos ha llevado al estudio de la situación de la mujer embarazada inmigrante en nuestro entorno. Conocer su perfil así como entender cómo perciben nuestra atención sanitaria implica la gran importancia de observar qué piensan y como responden desde una cultura diferente ante de la prueba triple screening que se le oferta en el COF.

La sociedad melillense es de carácter multicultural; está integrada mayoritariamente por ciudadanos que, junto al hecho común de su nacionalidad española, pertenecen a diversas culturas, etnias y religiones. (1)

El screening prenatal es un test de la sangre materna en la que se estudian tres sustancias específicas:

AFP: ALPHA-FETOPROTEINA que es una proteína producida por el feto.

HCG: GONODOTROPINA CORIONICA HUMANA que es una hormona producida por la placenta.

ESTRIOL: es un estrógeno producido por el feto y la placenta.

Representa un procedimiento no invasivo hecho por una prueba de sangre con poco a ningún riesgo conocido a la madre o el bebé que se desarrolla. (4, 5)

Teniendo en cuenta el beneficio de una prueba que se oferta dentro de las citas programas de control de la gestante, ¿como es posible que muchas gestantes se nieguen a realizarla?

Mencionar que la ley española (Ley Orgánica 9/1985, artículo 417 bis del Código Penal) contempla tres casos posibles de aborto sin penalizarlo:

OBJETIVOS:

Determinar el perfil de la mujer gestante y valorar el grado de conocimiento y satisfacción acerca de la prueba del triple screening.

MATERIAL Y METODOS:

Estudio descriptivo prospectivo observacional. Periodo de estudio: del 1 enero de 2008 al 1 de enero de 2009. Se diseñó encuesta de satisfacción con 5 opciones de respuestas a cada una de las preguntas. Se incluyeron variables sociodemográficas, nivel de satisfacción en cuanto al acogimiento, nivel de satisfacción en cuanto al procedimiento de la prueba y finalmente la opinión que se merece la posibilidad de un aborto sanitario.

Criterios de inclusión: Mujer gestante que realice consumo activo de los servicios de salud de Melilla.

RESULTADOS:

1. Características sociodemográficas de la población de estudio:

- a. Se trata de una mujer de entre 25-35 años en un 61.92%.
- b. Con nivel socio-económico medio-bajo 75.9%
- c. Con tasa de alfabetización baja casi en un 90 %.
- d. De origen magrebí en un 68.04% de los casos.
- e. Casadas en su gran mayoría y con al menos 1 hijo previo a este embarazo.

2. Con respecto al acogimiento que se le hace por parte del personal y la información recibida:

- a. un 98,2% indica que es muy buena, mientras que 1.8 % afirma que es mala.
- b. un 74.67% prefieren que la matrona/ enfermera sea de género femenino.
- c. un porcentaje bastante alto, 99.7%, responde a la existencia de barrera idiomática como el mayor problema al que se enfrentan en las consultas.
- d. Con respecto al trato por parte de los profesionales de la salud, en un 14.06% habla de un trato excelente, trato bueno alcanza un porcentaje 36.9%, la otra mitad hace referencia a un trato y nivel de información aceptable.

3. En relación a la prueba de screening / procedimiento:

- a. Los documentos, métodos y tiempo empleado para llevar a cabo la prueba es considerado como bueno en un 48.73%.
- b. La posibilidad de la realización de la prueba, dependiendo de la edad gestacional, la consideran con un bueno-razonable en un 51.03% de los casos.
- c. La fiabilidad de los resultados y su posible repercusión: bueno con 71.18%, aunque existe menor conciencia de la implicación moral de un posible aborto.

4. Con respecto a la opinión personal que tienen en cuanto al triple screening y su repercusión en la salud de su bebé,

- a. casi la mitad de los casos opina que es buena la información que se le ofrece:
- b. La opinión de un posible aborto en caso de resultados positivos que indiquen alto riesgo, en un 98.64% declaran negación a llevar a cabo cualquier práctica que suponga el final de su gestación por motivos principalmente religiosos.

DISCUSIÓN: Se ha observado como la mayoría de las entrevistadas son mujeres de origen magrebí, con un nivel socio-económico bajo, nivel de alfabetización bajo, casadas, segundígestas. Presentan en general un alto nivel de satisfacción con la atención recibida por el personal sanitario, así como por el acogimiento en cuanto a atención y servicios ofertados aunque prefieren ser atendidas por profesionales de género femenino. En cuanto a la prueba, llama la atención que generalmente existe una negación casi absoluta al aborto por riesgo de salud, ya que opinan que se trata de una cuestión religiosa y deben aceptar lo que dios les ha enviado.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

INTRODUCCION: La alta demanda de atención sanitaria en el ?Centro de Orientación Familiar de Melilla? (COF) nos ha llevado al estudio de la situación de la mujer embarazada inmigrante en nuestro entorno. Conocer su perfil así como entender cómo perciben nuestra atención sanitaria implica la gran importancia de observar qué piensan y como responden desde una cultura diferente ante de la prueba triple screening que se le oferta en el COF. La sociedad melillense es de carácter multicultural; está integrada mayoritariamente por ciudadanos que, junto al hecho común de su nacionalidad española, pertenecen a diversas culturas, etnias y religiones. (1) El screening prenatal es un test de la sangre materna en la que se estudian tres sustancias específicas: AFP: ALPHA-FETOPROTEINA que es una proteína producida por el feto. HCG: GONODOTROPINA CORIONICA HUMANA que es una hormona producida por la placenta. ESTRIOLO: es un estrógeno producido por el feto y la placenta. Representa un procedimiento no invasivo hecho por una prueba de sangre con poco a ningún riesgo conocido a la madre o el bebé que se desarrolla. (4, 5) Teniendo en cuenta el beneficio de una prueba que se oferta dentro de las citas programas de control de la gestante, ¿como es posible que muchas gestantes se nieguen a realizarla? Mencionar que la ley española (Ley Orgánica 9/1985, artículo 417 bis del Código Penal) contempla tres casos posibles de aborto sin penalizarlo: **OBJETIVOS:** Determinar el perfil de la mujer gestante y valorar el grado de conocimiento y satisfacción acerca de la prueba del triple screening. **MATERIAL Y METODOS:** Estudio descriptivo prospectivo observacional. Periodo de estudio: del 1 enero de 2008 al 1 de enero de 2009. Se diseñó encuesta de satisfacción con 5 opciones de

respuestas a cada una de las preguntas. Se incluyeron variables sociodemográficas, nivel de satisfacción en cuanto al acogimiento, nivel de satisfacción en cuanto al procedimiento de la prueba y finalmente la opinión que se merece la posibilidad de un aborto sanitario. Criterios de inclusión: Mujer gestante que realice consumo activo de los servicios de salud de Melilla. RESULTADOS: 1. Características sociodemográficas de la población de estudio: a. Se trata de una mujer de entre 25-35 años en un 61.92%. b. Con nivel socio-económico medio-bajo 75.9% c. Con tasa de alfabetización baja casi en un 90 %. d. De origen magrebí en un 68.04% de los casos. e. Casadas en su gran mayoría y con al menos 1 hijo previo a este embarazo. 2. Con respecto al acogimiento que se le hace por parte del personal y la información recibida: a. un 98,2% indica que es muy buena, mientras que 1.8 % afirma que es mala. b. un 74.67% prefieren que la matrona/ enfermera sea de género femenino. c. un porcentaje bastante alto, 99.7%, responde a la existencia de barrera idiomática como el mayor problema al que se enfrentan en las consultas. d. Con respecto al trato por parte de los profesionales de la salud, en un 14.06% habla de un trato excelente, trato bueno alcanza un porcentaje 36.9%, la otra mitad hace referencia a un trato y nivel de información aceptable. 3. En relación a la prueba de screening / procedimiento: a. Los documentos, métodos y tiempo empleado para llevar a cabo la prueba es considerado como bueno en un 48.73%. b. La posibilidad de la realización de la prueba, dependiendo de la edad gestacional, la consideran con un bueno-razonable en un 51.03% de los casos. c. La fiabilidad de los resultados y su posible repercusión: bueno con 71.18%, aunque existe menor conciencia de la implicación moral de un posible aborto. 4. Con respecto a la opinión personal que tienen en cuanto al triple screening y su repercusión en la salud de su bebé, a. casi la mitad de los casos opina que es buena la información que se le ofrece: b. La opinión de un posible aborto en caso de resultados positivos que indiquen alto riesgo, en un 98.64% declaran negación a llevar a cabo cualquier práctica que suponga el final de su gestación por motivos principalmente religiosos. DISCUSIÓN: Se ha observado como la mayoría de las entrevistadas son mujeres de origen magrebí, con un nivel socio-económico bajo, nivel de alfabetización bajo, casadas, segundígestas. Presentan en general un alto nivel de satisfacción con la atención recibida por el personal sanitario, así como por el acogimiento en cuanto a atención y servicios ofertados aunque prefieren ser atendidas por profesionales de género femenino. En cuanto a la prueba, llama la atención que generalmente existe una negación casi absoluta al aborto por riesgo de salud, ya que opinan que se trata de una cuestión religiosa y deben aceptar lo que dios les ha enviado.

POSTER 142**AUTORES/AUTHORS:**

CANDELAS GOMEZ MATEOS, M^ªPAZ GONZALEZ ESTEBAN, ALICIA SANCHEZ HURTADO, ELENA GONZALEZ HERRERO, ROSA LEON ANDRES, DOLORES UGIDOS GUTIERREZ, PILAR SOLIS MURILLO, ANGELES HELGUERA JUAREZ, CARMEN GONZALEZ PERROTE

TÍTULO/TITLE:

Autopercepción de la Salud en población urbana de un Centro de Salud

Introducción

La salud subjetiva ha sido objeto de muchas investigaciones en estudios sobre envejecimiento , y se considera un indicador fiable de evolución. Es por su naturaleza un indicador subjetivo que puede ser utilizado como predictor de futuras situaciones de incapacidad, pérdida de función y necesidades. Permite establecer las diferencias entre sexos, grupos de edad y otras características sociodemográficas .

Debido al carácter predictivo en torno a situaciones de necesidad, discapacidad y cuidados este concepto fue incluido en la presente investigación cuyo objetivo fue evaluar el estado de salud de los ancianos a través de la autopercepción de su estado de salud y su relación con distintas variables sociodemográficas.

Materia y método

Diseño: Estudio poblacional en una Zona Básica de Salud urbana.

Emplazamiento: Centro de Salud Eras del Bosque (Palencia).

Participantes: Se seleccionó a 500 sujetos mayores de 74 años mediante muestreo aleatorio distribuidos por grupos de edad y sexo.

Periodo de estudio: Abril de 2008 a Mayo de 2009.

Método: Encuesta estandarizada en la que se incluyen variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, educación, convivencia), situación laboral y económica, enfermedades crónicas, consumo de fármacos, salud autopercebida, valoración cognitiva y funcional, dependencia, hábitos (alcohol y tabaco) y variables antropométricas.

La salud autopercebida fue evaluada mediante la pregunta: ¿Cómo diría que es su estado de salud en general? Presentando cinco niveles de respuesta como en la Encuesta Nacional de Salud . Además existían otras dos preguntas que ayudaban a precisar el estado subjetivo de salud: Comparado con una persona de su edad y sexo, ¿Cómo diría que es su estado de salud? Y comparado con hace un año ¿Cómo diría que es su estado de salud? En algunos estudios la inclusión de ambas preguntas ha ayudado a precisar pronósticos vitales .

Método estadístico: Se realizaron distribuciones de frecuencias para cada variable cuantitativa para los principales parámetros descriptivos. Para verificar la asociación de las de las distintas variables en el estudio con la autopercepción de la salud hemos utilizado la ji cuadrado, considerando significativos aquellos valores de $p < 0.05$.

Resultado

De los pacientes seleccionados se estudio a 350 (70%) y no fueron estudiados 150 (30%), la distribución de los encuestados fue de 160 (45,7%) hombres y 190 mujeres (54,3%) con una edad media de 83,7 años, moda 80 y un rango (76-106).

El 12,3% de las mujeres consideran su salud mala o muy mala frente a un 7,5% de los hombres ($p=0,004$), los pacientes con sobrepeso refieren mejor percepción de su salud ($p= 0,019$) no existiendo diferencia entre sexos con el resto de las variables, estado civil, convivencia, educación, consumo de fármacos no fueron significativas.

Discusión

Como puede observarse en nuestro estudio y coincidiendo con otras investigaciones , las mujeres refieren peor autopercepción de la salud a pesar de tener una mayor esperanza de vida, esto es probablemente debido a que las mujeres presentan un alto índice de padecimientos crónicos con una mayor prevalencia de dolor así como más sintomatología de la esfera neurológica y afectiva que los

hombres .

También los pacientes con sobrepeso mostraron mejor autopercepción de su salud que aquellos con normopeso, no existiendo diferencias por sexo.

A la luz de nuestros resultados creemos que la salud autopercibida y los factores asociados son buenos indicadores para ser utilizados en la evaluación del nivel de salud en personas mayores, del mismo modo la información obtenida debe ayudar a la toma de decisiones relacionadas con acciones y programas concretos de cuidados y valoración social de los ancianos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J health Soc Behav* 1997; 38: 21-37.

Dorly J, Deeg H, Bath PA. Self ?Rated Health, Gender, and Mortality in Older Persons: Introduction to Special section. *The Gerontologist* 2003; 43: 369-37.

Bermejo Pareja F, Benito-León J, Carrillo Alcalá E, Carrao Jiménez López MT, Vega Quiroga S. Cohorte de ancianos NEDICES. Datos generales y de Salud. Bermejo Pareja (ED), Madrid: EDIMSA, 2007. ISBN 978-84-7714-266-9.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud (ENS). Disponible en:
http://www.msc.es/estadEstudios/encuestaNacional/encuestaNac2006/ENS_06_Adultos_definivo.pdf

Baron-Epel O, Shemy G, Carmel S. Prediction of survival: a comparison between two subjective health measures in an elderly population. *Soc Sci Med* 2004; 58: 2035-2043.

Séculi E, Fusté J, Brugulat P, Juncá S, Rué M, Guillén M. Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. *Gaceta Sanitaria* 2001; 15: 217-23.

Damián J, Ruigómez A, Pastor V, Martín-Moreno JM. Determinants of self assessed health among Spanish older people living at home. *J of Epidemiol Community Health* 1999; 53: 412-416.

Valderrama E. Consumo de medicamentos en los ancianos: resultados de un estudio poblacional. *Rev Esp. Salud Pública* 1998; 72 (3): 209-219.

POSTER 144

AUTORES/AUTHORS:

Antonia Herraiz Mallebrera, Silvia Botella Navas, Nuria Casasus Moya

TÍTULO/TITLE:

Valoración del funcionamiento, confort y seguridad de un irrigador de agua para la extracción del cerumen ótico

Introducción:

El cerumen impactado en el conducto auditivo que presentan algunas personas es tratado habitualmente en Atención Primaria por las enfermeras siguiendo un protocolo de irrigación con jeringas otológicas clásicas (Jenny).

Objetivos:

- 1_Valorar el confort de los pacientes tratados por irrigación para extracción de cerumen mediante un dispositivo específico diferente a la tradicional jeringa otológica.
- 2_Valorar el funcionamiento de un irrigador que controla la presión y la temperatura (37°C) del agua.

Método:

Análisis descriptivo transversal.

Ámbito: Pacientes de nuestro Centro de Salud enviados por el médico a la enfermera para la extracción de cerumen ótico impactado.

Diseño: Análisis Descriptivo transversal.

Se ofreció a todos los pacientes de nuestro centro remitidos por su médico para la extracción de cerumen la opción del irrigador que sustituye a la jeringa otológica tradicional. Estos pacientes han firmado un consentimiento informado para la extracción mediante irrigación, se les solicita consentimiento verbal para extracción con irrigador explicando su funcionamiento que nos permite controlar t° y presión agua.

Se siguió la técnica de extracción por irrigación siguiendo el protocolo de nuestro Departamento adaptando el uso del dispositivo, éste se conecta a cualquier grifo, también nos permite controlar la temperatura del agua mediante un sensor visual de color azul que cambia a blanco al alcanzar los 32°C, y bloquea su salida si ésta alcanza los 37 °C, vuelve al color azul si se enfría el agua. La presión del agua en el punto de descarga de irrigación para el lavado de oído es de 1 a 1,9 kPa. Estas características junto a una técnica correcta que evite la irrigación sobre la membrana timpánica nos permite disminuir los riesgos para el paciente.

Para la recogida de datos del paciente y de la enfermera que realizaba la técnica, se elaboró una plantilla con dos hojas.

Datos pacientes:

Variables demográficas: edad, sexo. Antecedentes de extracción cerumen previo, Si/No. Técnica previa utilizada: 1 irrigación, 2 aspiración, 3 mediante visión indirecta. Utilización ablandador cerumen previo: Si/No. Características cerumen: blanco y escamoso, gelatinoso marrón claro, marrón oscuro.

Valoración en la realización de la técnica, Dolor: escala (1-5), Molestias: escala (1-5) [el 1 nada y el 5 mucho]. Nº Intentos para extracción cerumen: n°OI/n°OD. Preferencia paciente: método irrigación: 1_ jeringa 2_irrigador.Observaciones paciente.

Datos enfermera:

ID enfermera (1,2,3). Valoración control presión agua:[1-5].Control t° agua:[1-5].Valoración resolución extracción [1-5].Satisfacción funcionalidad irrigador[1-5].Valoración global proceso escala [1-5] [siendo el 1 mala-2-un poco mala,3-ni buena ni mala,4 buena- 5 muy buena].Observaciones enfermera.

Se utilizó el programa Excel 2007 para la recogida y análisis de datos.

Resultados:

Se recogieron 20 pacientes que fueron enviados por su médico desde el 1 al 15 de Mayo 2009. Se excluyeron 3 pacientes (1 por presentar vértigo previo, 1 por audífonos ambos oídos y supuración OD, 1 otitis).3 enfermeras realizaron la técnica y participaron recogiendo datos.

Pacientes /dolor	Pacientes/ Molestias	Frecuencia	Puntuación
15 88.23%1 No dolor	12	70.58%	1 No molestias

1 5.8% 2 poco dolor 3 17.64% 2 Pocas molestias
1 5.8% 3 algo dolor 2 11.76% 3Algunas molestias

Del total de 17 pacientes, 14 presentaron tapones bilaterales y 3 unilaterales, por lo que se trataron 31 conductos auditivos. Características cerumen pacientes, el 52,94 % marrón oscuro, 47,04% marrón claro.

Total Canales auditivos,Intentos resolución tapon cerumen (OI+OD,Frecuencia

10 1 (32.25%)

15 2 (48.39%)

6 3 (19.35%)

31 (100%)

Los 17 pacientes manifestaron su preferencia por el irrigador vs a la jeringa otológica, ningún paciente presento complicaciones.

Puntuaciones alcanzadas en la valoración de las enfermeras

Valoración resolución extracción [3-5] Mediana 4

Satisfacción global uso irrigador [4-5] Mediana 5

Valoración control temperatura [4-5] Mediana 5

Valoración control presión agua [4-5] Mediana 5

Valoración global irrigador [4-5] Mediana 5

Observaciones de las enfermeras: Salpicaduras y dificultad en la recolección de agua en las primeras utilizations del irrigador, lo que se resuelve fácilmente siguiendo las recomendaciones del Manual de Instrucciones. Para optimizar su funcionamiento es necesario tener formación y habilidad en la realización de la técnica de extracción de cerumen por irrigación.

Conclusiones y aplicabilidad:

El irrigador es un instrumento que nos permite controlar la presión y la temperatura del agua en la irrigación para extracción cerumen ótico, su diseño y funcionamiento facilita la realización de una técnica más segura frente a la inestabilidad en el manejo y control de la jeringa otológica. A su vez, por los datos recogidos, los pacientes lo prefieren frente a la opción de extracción con las jeringas otológicas tradicionales por ser más comfortable.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Introducción: El cerumen impactado en el conducto auditivo que presentan algunas personas es tratado habitualmente en Atención Primaria por las enfermeras siguiendo un protocolo de irrigación con jeringas otológicas clásicas (Jenny). Objetivos: 1_Valorar el confort de los pacientes tratados por irrigación para extracción de cerumen mediante un dispositivo específico diferente a la tradicional jeringa otológica. 2_Valorar el funcionamiento de un irrigador que controla la presión y la temperatura (37°C) del agua. Método: Análisis descriptivo transversal. Ámbito: Pacientes de nuestro Centro de Salud enviados por el médico a la enfermera para la extracción de cerumen ótico impactado. Diseño: Análisis Descriptivo transversal. Se ofreció a todos los pacientes de nuestro centro remitidos por su médico para la extracción de cerumen la opción del irrigador que sustituye a la jeringa otológica tradicional. Estos pacientes han firmado un consentimiento informado para la extracción mediante irrigación, se les solicita consentimiento verbal para extracción con irrigador explicando su funcionamiento que nos permite controlar tª y presión agua. Se siguió la técnica de

extracción por irrigación siguiendo el protocolo de nuestro Departamento adaptando el uso del dispositivo, éste se conecta a cualquier grifo, también nos permite controlar la temperatura del agua mediante un sensor visual de color azul que cambia a blanco al alcanzar los 32°C, y bloquea su salida si ésta alcanza los 37 °C, vuelve al color azul si se enfría el agua. La presión del agua en el punto de descarga de irrigación para el lavado de oído es de 1 a 1,9 kPa. Estas características junto a una técnica correcta que evite la irrigación sobre la membrana timpánica nos permite disminuir los riesgos para el paciente. Para la recogida de datos del paciente y de la enfermera que realizaba la técnica, se elaboro una plantilla con dos hojas. Datos pacientes: Variables demográficas: edad, sexo. Antecedentes de extracción cerumen previo, Si/No. Técnica previa utilizada: 1 irrigación, 2 aspiración, 3 mediante visión indirecta. Utilización ablandador cerumen previo: Si/No. Características cerumen: blanco y escamoso, gelatinoso marrón claro, marrón oscuro. Valoración en la realización de la técnica, Dolor: escala (1-5), Molestias: escala (1-5) [el 1 nada y el 5 mucho]. Nº Intentos para extracción cerumen: nºOI/nºOD. Preferencia paciente: método irrigación: 1_ jeringa 2_ irrigador. Observaciones paciente. Datos enfermera: ID enfermera (1,2,3). Valoración control presión agua:[1-5]. Control tª agua:[1-5]. Valoración resolución extracción [1-5]. Satisfacción funcionalidad irrigador[1-5]. Valoración global proceso escala [1-5] [siendo el 1 mala-2-un poco mala,3-ni buena ni mala,4 buena- 5 muy buena]. Observaciones enfermera. Se utilizo el programa Excel 2007 para la recogida y análisis de datos. Resultados: Se recogieron 20 pacientes que fueron enviados por su médico desde el 1 al 15 de Mayo 2009. Se excluyeron 3 pacientes (1 por presentar vértigo previo, 1 por audífonos ambos oídos y supuración OD, 1 otitis). 3 enfermeras realizaron la técnica y participaron recogiendo datos. Pacientes Pacientes/ /dolor Molestias Frecuencia Puntuación 15 88.23% 1 No dolor 12 70.58% 1 No molestias 1 5.8% 2 poco dolor 3 17.64% 2 Pocas molestias 1 5.8% 3 algo dolor 2 11.76% 3 Algunas molestias Del total de 17 pacientes, 14 presentaron tapones bilaterales y 3 unilaterales, por lo que se trataron 31 conductos auditivos. Características cerumen pacientes, el 52,94 % marrón oscuro, 47,04% marrón claro. Total Canales auditivos, Intentos resolución tapon cerumen (OI+OD, Frecuencia 10 1 (32.25%) 15 2 (48.39%) 6 3 (19.35%) _____ 31 (100%) Los 17 pacientes manifestaron su preferencia por el irrigador vs a la jeringa otológica, ningún paciente presento complicaciones. Puntuaciones alcanzadas en la valoración de las enfermeras Valoración resolución extracción [3-5] Mediana 4 Satisfacción global uso irrigador [4-5] Mediana 5 Valoración control temperatura [4-5] Mediana 5 Valoración control presión agua [4-5] Mediana 5 Valoración global irrigador [4-5] Mediana 5 Observaciones de las enfermeras: Salpicaduras y dificultad en la recolección de agua en las primeras utilizaciones del irrigador, lo que se resuelve fácilmente siguiendo las recomendaciones del Manual de Instrucciones. Para optimizar su funcionamiento es necesario tener formación y habilidad en la realización de la técnica de extracción de cerumen por irrigación. Conclusiones y aplicabilidad: El irrigador es un instrumento que nos permite controlar la presión y la temperatura del agua en la irrigación para extracción cerumen ótico, su diseño y funcionamiento facilita la realización de una técnica más segura frente a la inestabilidad en el manejo y control de la jeringa otológica. A su vez, por los datos recogidos, los pacientes lo prefieren frente a la opción de extracción con las jeringas otológicas tradicionales por ser más confortable.

POSTER 146**AUTORES/AUTHORS:**

m lourdes lasaosa medina, fani rodrigo de pablo, m jose calvo aponte, anna vera edo, elena m. briones carrió, carlos martin cantera

TÍTULO/TITLE:

AUTOPERCEPCIÓN SOBRE LA INFLUENCIA DE LA DIETA EN LA SALUD Y MEDIDA DE TENSIÓN ARTERIAL EN POBLACIÓN ADOLESCENTE

OBJETIVOS

 Describir la distribución de la tensión arterial en la población adolescente.

 Conocer la autopercepción de la población adolescente sobre como puede influir en su salud sus hábitos de alimentación.

METODOLOGÍA

Ámbito o escenario de estudio: Adolescentes que cursan 3º y 4º de ESO escolarizados en las áreas de referencia.

Diseño: Se ha utilizado un cuestionario personal elaborado expresamente que incluye hábito dietético y tensión arterial. Los datos del hábito dietético se han obtenido a través del cuestionario de la calidad de la dieta mediterránea en la adolescencia llamado test KIDMED, la toma de tensión arterial según procedimientos internacionales estandarizados y otras variables de tipo socio-demográficas.

Sujetos /participantes: Se ha calculado un tamaño muestral de 497 individuos, que han sido seleccionados entre toda la población de estudio, considerando como excluidos aquellos que no querían participar o no tenían autorización.

Variables: Tensión arterial sistólica y diastólica, valoración KIDMED tanto numérica como categórica y la autopercepción de sus hábitos alimentarios de forma numérica y categórica.

Instrumentos, método o procedimiento utilizado para la obtención de datos: Después de presentar y pedir consentimiento se ha realizado la determinación de las diferentes medidas en la población según un sistema normalizado.

Análisis de datos o proceso y método: Se ha realizado un estudio descriptivo uni y bivalente con regresión lineal simple con el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

La tensión arterial sistólica tiene una media de 113,87 mmHg y una desviación típica de 13,58 mmHg. El intervalo de confianza para la media de esa variable es de 112,48 a 115,25 mmHg. Respecto a la tensión arterial diastólica la media es de 63,87mmHg y su intervalo de confianza es de 63,03 a 64,72 mmHg con una desviación típica de 8,3mmHg.

En cuanto a los hábitos alimentarios un 13,5 % de adolescentes no sigue una dieta mediterránea. El 62% no la sigue de forma estricta y tan solo un 24,5% sigue este tipo de dieta.

DISCUSIÓN

Ambas distribuciones de tensión arterial son simétricas aunque los rangos toman valores diversos doblando el rango en la sistólica respecto a la diastólica.

La población adolescente tiene una percepción distribuida de manera muy dispersa de como sus hábitos de alimentación influyen en su salud.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Este tipo de estudio será muy útil para conocer actividades de promoción de la salud, hábitos dietéticos y su impacto en la distribución de la tensión arterial, tal y como está recogido en la estrategia NAOS de la OMS.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFIA 1.- National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents. *Pediatric*. 2004;114:555-76. 2.- Portman RJ, McNiece KL, Swinford RD, Braun MC, Samuels JA. Pediatric hypertension: diagnosis, evaluation, management, and treatment for the primary care physician. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2005;35:262-94. 3.- Hansen ML, Gunn PW, Kaelber DC. Underdiagnosis of hypertension in children and adolescents. *JAMA*. 2007; 298:874-79. 4.- Mainous AG, 3rd, Everett CJ, Liszka H, King De, EGan BM. Prehypertension and mortality in a nationally representative cohort. *Am J Cardio*. 2004;94:1496-500. 5.- Cortés, O. Prevención de la HTA en la infancia y la adolescencia (PrevinFad). 2006.1-4. En: <http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>, acceso el 20 de mayo de 2009. 6.- BaoW, Threefoot SA, Srinivasan SR, Berenson GS. Essential hypertension predicted by tracking of elevated blood pressure from childhood to adulthood: the Bogalusa Heart Study. *Am J Hypertens*. 1995;8(7):657-65. 7.- Chobanian A, Bakris G, Black H, Cushman W, Green L, Izzo J, et al. The Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. *JAMA*. 2003; 289:2560-2572. 8. Programa salut i escola, Departament d'educació, Generalitat de Catalunya,2004. <http://www.gencat.cat/educacio/butlleti/professors/noticies/salutiescola.htm>, acceso el 20 de mayo de 2009. 9.- Gussinyé Canabal, S. Aplicación del programa de tratamiento integral para la obesidad infantil ¿niñ@s en movimiento?, Tesis doctoral, Universidad Autònoma de Barcelona. 2005. 10.- Serra L, Aranceta J, Ribas L, Pérez C, García R. Estudio enKid: objetivos y metodología. En: Serra L, Aranceta J, eds. *Desayuno y Equilibrio Alimentario. Estudio enKid*. Barcelona: Masson, 2000; 1-8. 11.- Serra L, García R, Ribas L, Pérez C, Aranceta J. Food patterns of Spanish schoolchildren and adolescents: The enKid Study. *Public Health Nutrition* 2001; 4: 1433-8. 12.- Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, Ministerio de Sanidad y consumo. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención para la obesidad (NAOS).Madrid, 2005

POSTER 147**AUTORES/AUTHORS:**

Marta Lima Serrano, África Sáez Bueno, Joaquín Salvador Lima Rodríguez

TÍTULO/TITLE:

La prensa y el estigma en la enfermedad mental.

OBJETIVOS: La enfermedad mental es un concepto ambiguo y dotado de distintos significados socioculturales. En la mayoría de los casos los conceptos empleados, se caracterizan por estigmatizar, marginar y excluir socialmente al enfermo mental. En este proceso intervienen los medios de comunicación que, por su influencia en la opinión pública, tiene una gran capacidad para conformar identidades, producir y reforzar estereotipos. Algunos mecanismos que contribuyen a la transmisión de la imagen errónea son: perpetuación de prejuicios y falsas creencias, uso de titulares alarmistas o morbosos, etiquetaje de estas personas por su condición de enfermos, empleo de imágenes negativas y poco normalizadas, confusión en la tipificación de enfermedades, uso inadecuado de términos del ámbito de salud mental en otros contextos o escasa participación del colectivo en la información ofrecida. Diversas instituciones y asociaciones han desarrollado guías de estilo para el tratamiento informativo de la salud mental. Nos proponemos: 1. Analizar el tratamiento que la prensa da a la salud mental y a los enfermos mentales; 2. Comparar el tratamiento que este medio realiza actualmente con el de hace una década; 3. Analizar la contribución de los medios de comunicación al estigma de la enfermedad mental.

MÉTODOS: Análisis cuantitativo de contenido, de los artículos aparecidos en las primeras quincenas de marzo de 1998 y de 2008 en El País.com, con los descriptores: Trastorno mental, Loco, Locura, Depresión, Nervios, Trastorno Bipolar, Esquizofrenia, Esquizofrénico, Neurosis, Neurótico, Personalidad. Utilizamos el siguiente sistema categorial: Nombre de la publicación; Fecha de la noticia; Lugar de los hechos; Autores/agencias que firman la noticia; Modalidad de la noticia; Género informativo; Testimonio de las partes implicadas; Temas tratados; Extensión; Sección o localización; Valoración de las noticias. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 15.0.

Análisis cualitativo de contenido, de 8 recortes seleccionados del Observatorio de Salud Mental de la EASP de la Junta de Andalucía.

RESULTADOS: De los 215 artículos analizados, seleccionamos 19 artículos, 6 pertenecientes a 1998 y 13 a 2008: 15 hacían una alusión directa a la enfermedad mental de las personas que intervienen en el hecho y 4 que usaban erróneamente términos del ámbito de la salud mental en otros contextos (por ejemplo, ¿esquizofrenia nacionalista?).

- El 83,3% de los publicados en 1998 (5 de 6), y el 30,8% de los de 2008 se refieren a hechos ocurridos en Madrid.
- El 100% se consideran de la modalidad ¿información?, pero se observan opiniones.
- El género por excelencia es la crónica (83, 3% en 1998 y 84, 6% en 2008).
- Sólo en un artículo de 2008 aparecen testimonios de enfermos mentales, siendo el único que proporciona una imagen positiva.
- Predominan los temas relacionados con agresiones (16,7% en 1998 y 5,3% en 2008) o asesinatos producidos por enfermos mentales (16,7% en 1998 y 26,3% en 2008), frente a temas como la convivencia (10,5% en 2008) o cultura (5,3% en 2008).
- Predominan los artículos de una página (66,7% en 1998 y 84,2% en 2008).
- Un número importante (16,3%) se localizan en el apartado de ¿sociedad?, sorprendentemente ninguno lo hace en ¿sucesos?.
- La mayor parte de los publicados en 1998 (66,7%) son neutrales, un 33,3% perjudican la imagen de estas personas. En 2008, los perjudiciales se elevan al 69,2%.

Desde un punto de vista cualitativo, 7 de los 8 artículos proporcionan una imagen negativa de estas personas, al relacionar la enfermedad mental con la violencia o el ¿peligro?, aislamiento social o improductividad y se emplea una terminología e imágenes inadecuadas (¿locos? ó ¿deficiente mental?). Tan sólo uno muestra la integración en la sociedad de estas personas.

DISCUSIÓN: Existe una invisibilización de la salud mental y de los enfermos mentales en la prensa. De los 215 artículos seleccionados en un primer momento, solamente 15 hacían una alusión directa a los enfermos mentales o la enfermedad mental y 4 que usaban erróneamente términos del ámbito de la salud mental en otros contextos.

Los enfermos mentales son estigmatizados por los medios de comunicación: se les asocia a situaciones de violencia, se sustantiva la condición de la persona a la enfermedad (¿esquizofrénico?) sin tener en cuenta otras esferas, se usan términos peyorativos (¿locos?, ¿perturbados?), se emplean términos médicos en contextos no apropiados (para aludir a cuestiones políticas: ¿esquizofrenia nacionalista?) y las imágenes no suelen ajustarse a la realidad de esta enfermedad. Predomina una valoración perjudicial de los enfermos, lo que perpetúa la imagen negativa y los estereotipos. Esta situación no ha mejorado en los últimos 10

años.

Lo expuesto nos lleva a pensar que los periodistas y profesionales de la comunicación desconocen la verdadera situación de la salud mental y de los enfermos mentales, que les lleva a generar un tipo de información que favorece su estereotipia y estigmatización. Creemos fundamental concienciar y formar a estos profesionales sobre la verdadera situación de estas personas, para que así puedan contribuir a la sensibilización de la sociedad en favor de las mismas y a luchar contra el estigma social que padecen.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Berger P. y Luckman T. (1984): La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cabero Almenara J. y Loscertales Abri F. (2002): Elaboración de un sistema categorial de análisis de contenido para analizar la imagen del profesor y la enseñanza en la prensa. (Documento WWW) ?<http://tecnologiaedu.us.es/revistaslibros/ANALISIS.html>.? Consejería para la igualdad y el bienestar social. (n.d./2008). Las personas con trastornos mentales graves y los medios de comunicación. Recomendaciones para una información no estigmatizante.(Documento WWW). ?http://www.faisem.es/ficheros/guia_medios_comunicacion.pdf?
- Doelker, C. (1979). La Realidad Manipulada. Barcelona: Ariel.
- El Pais. Com (n.d. 2008). (Documento WWW). ?<http://www.elpais.com>.?
- Escuela Andaluza de Salud Pública. (n.d./2008). Observatorio de Salud Mental. (Documento WWW). <http://mago.easp.es/1decada4>.
- FEAFES (n.d./2008). Salud mental y Medios de comunicación. Guía de Estilo. (Documento WWW). ?http://www.infodisclm.com/documentos/medios_comunicacion/lexicon.pdf?
- Foucault M. (1967): Historia de la locura en la época clásica. México: Fondo de Cultura Económica.
- Goffman, E. (1963). Estigma: la identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Hsin Yang L., Kleinman A., Link B.G., Pelan J.C., Lee S. y Good. B (n.d./2008): Cultura y Estigma: la experiencia moral. Reimpreso de Social Science and Medicine, Vol. 64, núm. 7. con permiso de Elsevier. Traducción: Ana García Bergua.
- Huici, C. (1996). Estereotipos. En. Morales J. F. y Huici C. Psicología Social y Trabajo Social. Madrid: Mc Graw-Hill, Cap. XI.
- Link, B.G., y Phelan, J.C. Conceptualizing stigma. Annual Review of Sociology 2001, 27: 363-385.
- López M., Laviana M., Fernández L., López A., Rodríguez A. M. y Aparicio A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2008 XXVIII (101): 43-86.
- OMS (2001). Salud mental: una nueva comprensión, una nueva esperanza?. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Wikipedia (n.d./2008). Salud Mental. (Documento WWW). ?http://es.wikipedia.org/wiki/Salud_mental?.
- Yzerbyt, V. y Shadron G. (1996). Estereotipos y juicio social. En Bourhis R., Estereotipos, discriminación y relaciones entre grupo. Madrid: Mc Graw-Hill.

POSTER 148**AUTORES/AUTHORS:**

Mar Lleixá Fortuño, Carmen Nieto de la Fuente, Núria Albacar Riobóo, Montserrat García Martínez, Florencia Sáez Vay, Marta Berenguer Poblet, M^a Paz Querol Vidal

TÍTULO/TITLE:

El e-portafolio en la docencia de enfermería

INTRODUCCIÓN

El portafolio es un método de enseñanza, aprendizaje y evaluación que consiste en la aportación de producciones del estudiante, informa del proceso seguido y permite ver sus logros, en relación a los objetivos de aprendizaje y criterios de evaluación. En nuestro centro se introdujo el portafolio electrónico (PE), mediante la plataforma de e-learning Moodle, en el curso 2007-08.

OBJETIVO

Conocer las dificultades y el grado de satisfacción del estudiante en relación al uso del e-portafolio

METODOLOGIA

Ámbito: Escuela Enfermería de la Universidad Rovira i Virgili. Campus Terres de l'Ebre.

Diseño: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal.

Participantes: Estudiantes matriculados durante el curso 2008-09 en las asignaturas de 1er curso: Fundamentos de enfermería y Ciencias Psicosociales I, y de 3er curso: Comunicación en los cuidados de enfermería.

Instrumento: Cuestionario diseñado para el estudio. Validado mediante prueba piloto, curso 2007-08.

RESULTADOS

Población de estudio: 200 estudiantes matriculados en las tres asignaturas: 85 de Fundamentos de enfermería, 89 de Ciencias Psicosociales I, 26 de Comunicación.

Muestra: 170 (85% del total) estudiantes contestaron el cuestionario; 73 (85,9%) de Fundamentos de enfermería, 75 (84,26%) de Ciencias Psicosociales I y 22 (84,6%) de Comunicación en los cuidados de enfermería.

Grado de satisfacción: el 94.7% (161) de los estudiantes están de acuerdo o muy de acuerdo en que el portafolio es un instrumento docente para estimular la reflexión sobre la actividad realizada; el 91.8% (156) están satisfechos con el soporte recibido por parte del tutor; el 85.3 % (145) están satisfechos con el uso del portafolio después de la experiencia, el 81.2% (138) están de acuerdo o muy de acuerdo con que el aplicativo informático resulta fácil de utilizar.

Opción formato del portafolio: En todas las asignaturas, los estudiantes prefieren el portafolio electrónico frente al formato papel (63%).

Facilidad de uso en cada una de las actividades: la tarea más fácil de usar es la entrega de tareas 85.9% (146), y la más difícil es el wiki 31.1% (53).

Necesidad de formación específica: llama la atención que la mayoría de estudiantes, el 79.8% (134) considera innecesaria la formación previa para utilizar el espacio del portafolio electrónico.

CONCLUSIONES

Coincidiendo con la bibliografía existente, el uso del e-portafolio es percibido por el estudiante como un buen instrumento de aprendizaje. No se encontraron diferencias significativas entre asignaturas, a pesar de pertenecer a cursos diferentes. Esto puede ser debido a que la plataforma les resulta fácil de utilizar, siendo satisfactorio y suficiente el tiempo dedicado a tutorización por parte de las profesoras.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Aspectos a mejorar:

? Optimización de los recursos de que dispone la plataforma Moodle (SCORM, cuestionarios, etc.)

? Elaboración de materiales de soporte específico (guía de uso, wiki, forum, etc.) para cada asignatura

En vista de estos resultados, en nuestro centro se tiene previsto ampliar el uso del e-portafolio en las asignaturas del nuevo plan de estudios de Grado, coincidiendo con la entrada en el Espacio Europeo de Educación Superior.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

? Bordas, MI. (2001). Estrategias de evaluación de los aprendizajes centrados en el proceso. *Revista Española de Pedagogía*. 218, 25-48.

? Colén, MT., Giné, N., Imbernon, F. (2006). *La carpeta de aprendizaje del alumnado universitario*. Barcelona: Octaedro.

? Pérez Sancho, C. Una propuesta de formación del profesorado para el espacio europeo de educación superior: el portafolios docente. Tesis doctoral. Pamplona: Departamento de educación, Universidad de Navarra; 2007. [Consultado: 15-01-2009].

Disponible en: <http://www.usal.es/~teoriaeducacion/rev_numero_08_02/n8_02_tesis_perez_sancho.pdf>

? Prats, MA. (2007). De l'escola analògica a l'escola digital: noves formes d'aprendre. En: Riera J, Roca E. Coordinadors.

Reflexions sobre educació en una societat corresponsable. Col·lecció Antines: 13. Barcelona: Cossetània Edicions.

? Servei Recursos Educatius (SRE) URV. Guia metodologies docents. [Consultado: 10-03-2009]. Disponible en:

<http://www.urv.cat/media/upload/arxius/urv/GUIA_METODOLOGIES_DOCENTS_03.pdf>

? Vizcaya Moreno, MF., Pérez Cañaveras, RM., Jurado Moyano, JL., Cibanal Juan, L., Domínguez Santamaría, JM., Gabaldón

Bravo, EM. et al. (2006). Experiencia de Acción Tutorial Virtual en la Docencia Práctica Clínica en los Estudios de Enfermería. En: IV Jornades de Xarxes d'investigació en Docència Universitària. Alicante: Universitat d'Alacant. [Consultado: 15-01-2009]. Disponible

en : <http://www.eduonline.ua.es/web_ice/comunicaciones/3P2.pdf>

POSTER 150**AUTORES/AUTHORS:**

Cristina Monforte Royo, Joaquín Tomás Sábado, Albert Balaguer Santamaría, Christian Villavicencio Chávez, Amor Aradilla Herrero

TÍTULO/TITLE:

El sentido de la vida en estudiantes de enfermería. Resultados del cuestionario SMiLE

Introducción

El concepto de sentido o significado de la vida (SV) ha cobrado interés recientemente en la investigación clínica (1-3). Diversas publicaciones describen el SV como variable psico-existencial y se ha relacionado una mejora de la percepción de sentido con mejoría del bienestar psicológico y de la calidad de vida(3-5), especialmente en cuidados al final de la vida (4). El SV fue introducido en el ámbito de la psicología clínica, por Víctor Frankl, quien hipotetizó que el sentido, como entidad pre-existente e individual para cada uno, podía ser descubierto a pesar de las circunstancias o situación personal en la que se halle la persona (6). Inspirado en esta idea, Fegg (1) desarrolló una escala ideográfica para la evaluación del sentido de la vida, ¿Schedule for Meaning in Life Evaluation? (SMiLE), que permite, no sólo cuantificar el SV, sino también conocer el contenido de aquello que el individuo expresa como significado de su vida. En este contexto, el objetivo de este trabajo fue evaluar los resultados del cuestionario SMiLE sobre el sentido de la vida en una muestra de estudiantes de enfermería.

Métodos.

Participantes. La muestra de estudio estaba compuesta por 135 estudiantes de enfermería, 110 mujeres y 25 hombres, con una edad media de 24,50 (DT = 7,41) y un rango de 18 a 48 años.

Instrumento. Los estudiantes contestaron un cuestionario anónimo y autoadministrado que contenía, además de los datos sobre edad, sexo y curso, la forma española de la escala SMiLE de Fegg (1). La SMiLE es un cuestionario de tipo ideográfico que pretende analizar y cuantificar respuestas individuales ya que los ítems a evaluar se generan desde las respuestas del propio evaluado. Primero, la persona evaluada debe responder entre 3 y 7 áreas que dan sentido a su vida y, a partir de éstas, debe cuantificar el grado de importancia que otorga a cada una de las áreas y el grado de satisfacción que presenta, respectivamente. La escala permite obtener cálculos globales sobre el SV a través de los índices de Satisfacción (IoS), de Importancia (IoW) e índice SMiLE Total (IoWS).

Procedimiento. Estudio de diseño observacional, transversal, correlacional. Todos los sujetos respondieron el cuestionario de forma voluntaria, garantizándose el anonimato y la confidencialidad. Los datos fueron tabulados y analizados mediante el paquete estadístico SPSS 16.0 para Windows.

Resultados.

Se obtuvieron puntuaciones medias de 78,97 (DT=21,58) para el índice de Satisfacción (IoS) en los hombres y de 84,16 (DT=12,49) en las mujeres. En el índice de Importancia se obtuvo una media de 83,23 (DT=9,52) para los hombres y de 85,65 (DT=8,41) para mujeres y para el índice SMiLE Total (IoWS) de la escala se obtuvieron puntuaciones de 80,35 (DT=20,32) y 85,30 (DT=12,40) para hombres y mujeres respectivamente. Aunque las medias fueron mayores en todos los índices obtenidos con la escala en las mujeres de la muestra, no se obtuvieron diferencias significativas en ninguno de los casos. Las áreas de sentido contestadas por los estudiantes de la muestra pudieron agruparse en las mismas 13 áreas que el autor original de la escala plantea: familia, amor-pareja, amigos, estudio-trabajo, salud, tiempo libre, seguridad económica, placer-diversión, espiritualidad, altruismo, animales-naturaleza, casa-hogar y bienestar.

Discusión.

Los resultados obtenidos sobre el sentido de la vida con la escala SMiLE en los estudiantes de enfermería, permiten concluir que aquellas áreas que dan mayormente sentido en la vida de los estudiantes son las referidas a las relaciones personales de su entorno más íntimo (familia, pareja, amistades?). El objetivo de la escala original es su aplicación práctica en el entorno clínico, especialmente en pacientes crónicos o terminales, donde el sentido de la vida cobra una importancia particular en el devenir existencial (1, 7). 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 otras poblaciones. La comparación de estos resultados con los obtenidos en muestras clínico-asistenciales en el entorno de los cuidados paliativos en Alemania y Francia, fueron similares a los obtenidos en la muestra de estudiantes (1, 7, 8). Todo ello sugiere que, independientemente del estado de salud, siguen siendo los mismos aspectos personales los que prevalecen y dan sentido en la vida de las personas. Por lo tanto, estos resultados pueden aportar información fundamental para el diseño de planes de cuidados de enfermería en las últimas fases de la vida

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA

1. Fegg MJ, Kramer M, L'Hoste S, Borasio GD. The Schedule for Meaning in Life Evaluation (SMiLE): Validation of a New Instrument for Meaning-in-Life Research. *J Pain Symptom Manage* 2008. 35(4): 356-64.
2. Meier DE, Emmons CA, Wallenstein S, Quill T, Morrison RS, Cassel CK. A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States. *N Engl J Med* 1998; 338(17):1193-201.
3. Breitbart W. Reframing hope: meaning-centered care for patients near the end of life. Interview by Karen S. Heller. *J Palliat Med* 2003; 6(6):979-88
4. Morita T, Murata H, Hirai K, Tamura K, Kataoka J, Ohnishi H, et al. Meaninglessness in terminally ill cancer patients: a validation study and nurse education intervention trial. *J Pain Symptom Manage* 2007; 34(2):160-70
5. Morita T, Kawa M, Honke Y, Kohara H, Maeyama E, Kizawa Y, et al. Existential concerns of terminally ill cancer patients receiving specialized palliative care in Japan. *Support Care Cancer* 2004; 12(2):137-40
6. Frankl VE. *Hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder & Herder SA; 1991
7. Stiefel F, Krenz S, Zdrojewski C, Stagno D, Fernandez M, Bauer J, et al. Meaning in life assessed with the "Schedule for Meaning in Life Evaluation" (SMiLE): a comparison between a cancer patient and student sample. *Support Care Cancer* 2008. 16(10):1151-5
8. Fegg MJ, Kramer M, Bausewein C, Borasio GD. Meaning in life in the Federal Republic of Germany: results of a representative survey with the Schedule for Meaning in life Evaluation (SMiLE). *Health Qual Life Outcomes* 2007. 5: 59-66.

POSTER 151**AUTORES/AUTHORS:**

Ana María Morales Guijarro, María Hernández Blanco, María Dolores Nogales Cortés, Laura Pérez Tirado, María Jesús Sánchez Sánchez

TÍTULO/TITLE:

ACOMPAÑANTE SATISFECHO, UN INDICADOR DE CALIDAD

Objetivos:

1. Determinar el grado de satisfacción de los familiares usuarios de un servicio de urgencias,
2. Identificar los factores que influyen en su satisfacción
3. Establecer las áreas de mejora, se realizó el siguiente trabajo.

Métodos:

Estudio retrospectivo descriptivo entrevistando a los acompañantes de los pacientes durante la mayor parte del tiempo en su estancia en urgencias. El muestreo fue aleatorio sistemático y como instrumento se usó una encuesta telefónica. En el estudio divariado se utilizó el estadístico chi-cuadrado para variables categóricas y análisis de varianza para aquellos que presentaban una distribución continua. El análisis se realizó con el programa SPSS 16.0

Resultados:

Se obtuvieron 117 respuestas, frente a un tamaño muestral mínimo de 90. Se detectó que las características sociodemográficas del acompañante no habían influido en la valoración de la satisfacción, a diferencia de en otras investigaciones.

Los hechos de estar acompañando al paciente y recibir información periódica sí marcaron diferencias en la satisfacción global de los acompañantes, así como el tiempo de espera. Por ello afirmamos que la demora en la atención tras el primer contacto en triage y la falta de acompañamiento constituyen los motivos de insatisfacción más frecuentes.

Los familiares destacaron como aspectos más negativos: la sensación de aislamiento del enfermo, la falta de personal, la demora en la asistencia, la ubicación e instalaciones.

Discusión:

Rapidez en la asistencia, facilidades de acompañamiento, información, empatía y trato amable son las dimensiones que los acompañantes más valoran cuando acuden a urgencias. Deben plantearse estrategias de cambio para lo cual comenzamos por informar de los resultados del estudio a todos los profesionales implicados para abordar así las áreas de mejora.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**BIBLIOGRAFIA**

- 1- Rubio Gómez I, Grado P de, Aguado P. Información y atención a familiares. XV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias: Innovaciones 2002 en enfermería de urgencias y emergencias. Madrid 20-22 de noviembre de 2003.
- 2-Calafell J, Cascón M, Pintado L, Portabella A, Soler M. Grado de satisfacción de los usuarios de un servicio de urgencias. *Metas*. 2002; 44: 6-10
- 3- Mira JJ, Rodríguez Marín J, Carbonell MA, Pérez Jover V, Blaya I, García A, Aranaz J. Causas de satisfacción e insatisfacción en urgencias. *Rev Calidad Asistencial*, 2001; 16:390-6.
- 4- López Madurga ET, Mozota Duarte J, González Salvatierra I, Sánchez Torres Y, Enríquez Martín N, Moliner Lahoz J. Satisfacción de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital de agudos. *Emergencias*. 1999; 11: 184-90.
- 5- Rubio R, Cabezas JL, Aleixandre M, Fernández C. Un modelo de Satisfacción Vital basado en la comunicación tripartita. *Profesional de la salud, paciente y familiares*. *Index de Enfermería (edición digital)*. 1998; 23: 22-25
- 6- Caballero Oliver A, Montilla Sanz MA, Fernández de Simón Almela A, Garrido Cruz I, Montero Romero E, Navarro Rodríguez A. Análisis de las reclamaciones presentadas en un servicio de urgencias hospitalario. *Rev Calidad Asistencial*. 1998; 13: 426-30.
- 7- Thompson D, Yarnold P, Williams D, Adams S. Effects of actual waiting time, information delivery, and expression quality on patient satisfaction in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 1996;28:657-65.
- 8- Ibáñez Ávila R. Estudio de la satisfacción de los pacientes atendidos en un servicio de urgencias. *Rev Calidad Asistencial*. 1995; 2: 60-3.

- 9- Krishel S, Baraff LJ. Effect of emergency department information on patient satisfaction. *Ann Emerg Med* 1993; 22:568-72
- 10- Rubin HR, Ware JE, Nelson EC, Meterko M. The patient judgments of hospital quality (PJHQ) questionnaire. *Med Care*. 1990; 28:S17-8

POSTER 152**AUTORES/AUTHORS:**

Rocío Morano Báez, Manuela Soriano Blanco, Concepción Romero Brioso, Rosario de los Reyes Machuca, Sebastián Jiménez Gómez, Enrique García Bernal, Juan Carlos Palomo Lara

TÍTULO/TITLE:

Elaboración de propuestas de acción para la colaboración interprofesional en el H. Virgen Macarena (HVM). PI0115/2007

Introducción: en todas las innovaciones de la práctica asistencial adquiere un papel relevante la comunicación eficiente entre los profesionales y la toma de decisiones compartidas, es decir la colaboración interprofesional (CI). Ésta 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 compartida hacia las necesidades de cuidados de los pacientes¹. En la bibliografía se pone de manifiesto la importancia de la CI para ofrecer unos servicios de salud efectivos, eficientes para los usuarios y satisfactorios para los profesionales²⁻⁵. Además, se señala que el éxito de las organizaciones depende de la efectividad para trabajar en equipo. Sin embargo, la complejidad y especialización de los servicios de salud, hacen que la CI en las organizaciones hospitalarias no resulte fácil, haciéndose necesario el ensayo de prácticas que favorezcan dicha colaboración. En una revisión de la Cochrane en 2007⁶, se recomienda el establecimiento de intervenciones destinadas a superar las barreras de la CI en base a investigaciones cualitativas con médicos y enfermeras. Siguiendo estas indicaciones, en este estudio se ha utilizado la metodología de Investigación Acción Participativa (IAP) y se ha desarrollado una coalición, para aumentar la CI.

Objetivo: diseñar actividades a implementar en dos unidades asistenciales para aumentar la CI.

Método: La intervención ha constado de: 1) realización de entrevistas; 2) desarrollo de una coalición, ya que como muestran algunos autores⁷ es la mejor manera de crear relaciones entre diferentes grupos para la solución de un problema común y el logro de un cambio, 3) realización de talleres de formación y sensibilización hacia la CI en dos unidades de medicina interna del HVM de Sevilla.

Los participantes del estudio fueron los investigadores y los 60 profesionales de las unidades entre diplomados de enfermería (DUE), técnicos de cuidados de enfermería (TCE), médicos y celadores.

Las actividades para aumentar la CI se han diseñado a partir de entrevistas realizadas a los profesionales, de los talleres sobre CI y del trabajo realizado por una coalición formada por distintos profesionales sanitarios. Entrevistas: Se realizaron 10, a 4 DUE, 4 TCE, 1 celadora y 1 médico, por miembros del equipo de investigación. Guión elaborado ad hoc basado en los indicadores y dimensiones del modelo estructural de CI de D'Amour⁸ y preguntas sobre barreras y facilitadores para la CI. Grabadas en audio previa firma de consentimiento informado. Coalición: formada por 17 personas de las dos unidades, 5 DUE, 5 TCE, 2 médicos, 2 celadoras, 1 supervisora, la investigadora principal y la becaria del proyecto. La coalición ha revisado la bibliografía relacionada con la CI y ha trabajado sobre los resultados de las entrevistas, extrayendo posibles acciones a llevar a cabo en las unidades. Talleres: cuatro ediciones de 8 horas. Dirigidos a todos los profesionales sanitarios e impartidos por dos psicólogas. Se han abordado las características de los grupos y la CI en equipos de salud, habilidades básicas de comunicación, de resolución de problemas y manejo del conflicto. Además, se debatieron y elaboraron propuestas de acción para mejorar la CI.

Resultados: Entrevistas. Analizadas con Atlas-ti. Casi todos los entrevistados consideran que la CI se da sólo entre DUE y TCE, que comparten metas comunes y tienen un conocimiento mutuo. No creen que la CI sea una meta para la organización. Dicen que no existen protocolos conjuntos de actuación y que el intercambio de información no está reglado. Como barreras señalan la falta de tiempo, de coordinación y de comunicación, los turnos de enfermería y las cargas de trabajo. Como posibles mejoras destacan el establecimiento de comunicación directa entre los profesionales y la implantación de reuniones regladas interprofesionales.

Coalición: se ha reunido tres veces. Las posibles acciones que plantean son la realización de reuniones interdisciplinares diarias, el establecimiento de espacios de trabajo compartidos y de protocolos conjuntos. Talleres: 50 participantes, DUE y TCE. Entre las propuestas de acción han destacado reuniones interdisciplinares periódicas, definición clara de las competencias de cada grupo, y formación y evaluación continua de los nuevos procedimientos. Discusión: es importante la participación de los profesionales en la definición de sus problemas para la CI y la propuesta de acciones, similar en entrevistas, talleres y coalición. La ausencia de celadores y médicos en los talleres confirma la percepción de los entrevistados sobre la existencia de CI sólo entre DUE y TCE. Los problemas planteados coinciden con la literatura que resalta la falta de comunicación, de protocolos conjuntos y de mecanismos de resolución de conflictos. Las acciones se apoyarán en las aportaciones de los profesionales y en la literatura.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

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. y 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, J.A. The role of the nurse manager in creating on environnement for collaborative practice. Holist Nurs Pract. 1994; 8(3): 22-31.
5. Robinson, D. y Kish, C. Core concepts in advanced practice nursing. St. Louis: Mosby Inc. 2001.
6. Zwarenstein M, Bryant W. Intervenciones para promover la colaboración entre enfermeras y médicos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 (4). Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
7. Berkowitz W y Wolff T. The spirit of the coalition. Washington, DC: American Public Health Association; 2000.
8. D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.F., San Martín-Rodriguez, L. y Pineault, R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health Services Research 2008, 8:188.

POSTER 154**AUTORES/AUTHORS:**

Myriam Muñoz Domínguez, Elena Salinas Reverte, Micaela Corbalán Sánchez, Bárbara Gema Fernández Martínez

TÍTULO/TITLE:

EVALUACIÓN DE LA COMUNICACIÓN INTERNIVELES. ENCUESTA A CENTROS DE SALUD MENTAL

A.OBJETIVOS

1-Conocer utilidad de la información contenida en Informe Enfermería Alta (IEA) para los enfermeros de Centro de Salud Mental (CSM)

2-Identificar los puntos de mejora en la comunicación interniveles

B.MÉTODOS

Se realizó estudio descriptivo transversal durante el primer trimestre de 2009 en el área VI de Murcia. Los sujetos de estudio fueron enfermeros de CSM de la zona de referencia.

Las variables estudiadas se recogieron en grupos: demográficas, valoración de comunicación interniveles, metodología enfermera e informe de enfermería al alta (IEA).

El instrumento utilizado para la recogida de datos fué un cuestionario elaborado por el equipo de investigación que constaba de 26 preguntas, 7 de las cuales eran de respuestas abiertas y 19 cerradas, que se entregaron personalmente a los enfermeros que participaron en el estudio. El periodo de tiempo para rellenar el cuestionario fué de una semana.

C.RESULTADOS

La edad media de los encuestados fué de 38 años, de estos un 70% fueron mujeres y un 30% hombres. Respecto a los años trabajados en el CSM la media obtenida fué de 4 años.

Del total de la muestra un 50% tiene nivel de conocimientos alto de la taxonomía NIC-NOC-NANDA, un 30% nivel normal y un 20% bajo.

En cuanto a la utilidad del IEA para la planificación de cuidados un 40% lo encontró útil siempre y un 60% a veces. Además un 80% intentaba seguir las recomendaciones de IEA y un 20% lo hacía a veces.

Un 80% de los encuestados encontraron el contenido del IEA comprensible y un 20% a veces. A un 60% le resultaron claros los datos contenidos en el IEA, frente a un 10% que no y un 30% que sólo a veces.

Opinaron que la taxonomía utilizada fué la adecuada un 70%, un 20% la consideraron adecuada a veces y un 10% opinaron que no fué adecuada.

Dijeron recibir el IEA siempre un 60% y un 40% recibirlo a veces, de media tardaron en recibirlo 4 días tras el alta.

Entre los encuestados un 30% creían que se podría mejorar la comunicación interniveles proporcionando información vía telefónica, mediante reuniones 30%, 20% a través de correo electrónico y un 20% de la muestra no sabía/no contestó.

Respecto a la información que añadirían al IEA, pensaban que debería ampliarse sobre la patología 40%, en cuanto a la situación socio-familiar un 30%, sobre la situación basal 30% y que debería aparecer la persona de apoyo un 40%. Es de destacar que el 100% de los encuestados no suprimiría ninguno de los datos contenidos en el IEA.

D.DISCUSIÓN

Tras analizar los resultados observamos que la mayoría de la muestra intenta seguir las recomendaciones indicadas en el IEA y que la totalidad de la muestra lo encuentra útil, aunque en algunos casos sólo a veces, demostrándose así la importancia de la elaboración del IEA para la continuidad de los cuidados.

Para mejorar la calidad de los cuidados de enfermería y asegurar su continuidad habría que ampliar los datos contenidos en el IEA, haciendo revisión del formato utilizado y añadiendo los datos que se han descrito como de importancia para los cuidados.

En cuanto a la comunicación interniveles, además del IEA, se deberían incorporar otras vías de transmisión de información como complemento a este.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ube Pérez, J.M.; Urzanqui Rodríguez, M.; Rodríguez Herce, C.. Evaluación de la relevancia del informe de enfermería al alta hospitalaria por el usuario interno y externo: Nure investigación, nº 24, sept-oct 06.

2. Vidal Martín, C.; Cifuentes Mora, E.; Aranda, C. Informe de enfermería al alta hospitalaria: Enfermería clínica, vol 9 nº2.

3. Darías Curvo, s.; Leal Felipe, M.; Arias Hdez, M. Opinión de los profesionales sobre el informe del alta de enfermería: metas nº 19 oct 1999.
4. Torres Navarro, M.; Cazorla Pérez, A.; Fdez Ayala, JC. Qué opinan los enfermeroa de atención primaria de los informes de enfermería al alta hospitalaria: enfermería científica nº 222-223 sep-oct 2000.
- 5.- Sevilla Sierra, V.; González LLuva, C.; Pérez Mtnez, T. Opinión de las enfermeras sobre el informe de recomendaciones al alta de enfermería: metas nº47 jul-agos 2002.
6. Buxadé Martí, I.; Canals Innmorati, J.; Montero Alcaraz, J.C. El informe de alta hospitalaria en atención primaria. Análisis de su utilidad: Elsevier Instituciones.

POSTER 155

AUTORES/AUTHORS:

M. CARMEN OLIVÉ FERRER

TÍTULO/TITLE:

Auto etnografía como método de investigación cualitativa en cuidados de enfermería: la Fibromialgia

Objetivo indagar en los significados de la experiencia de personas con fibromiálgia para elaborar estrategias para unos adecuados cuidados de enfermería.

Diseño de investigación cualitativa y para generar información: Observación participante en la Unidad especializada del Hospital Clínico y Provincial de Catalunya de Barcelona y en asociaciones de afectadas. Entrevistas en profundidad a afectados, profesionales y políticos y grupos de discusión a familiares.

Etnografía enfocada según Morse (2003) mini etnografía según Leininger (2006) realidades y contextos específicos. Coffey y Atkinson (2005) hablan de etnopoética, recuperar la oralidad para construir y compartir valores culturales, significados y experiencias.

Goodson (1995) citado por Coffey y Atkinson diferencia los relatos que refuerzan el poder y los que emergen de la marginalidad y el silencio, la narrativa que emerge de esta investigación recoge la voz de afectados silenciados de fibromialgia. La narración evita lo que Atkinson denomina como "cultura de la fragmentación" la codificación puede fragmentar y no mostrar la riqueza del entorno estudiado.

Perraut (2001) para argumentar su metodología científica como "no académica" la implicación unida al deseo de exploración; lo describe como un proceso de transducción, concepto desarrollado por Simondon.

Dispongo de 10 entrevistas a afectados, una a un familiar, dos a representantes políticos y una a una profesional de la medicina.

Narrativa/auto etnografía

Ma ÀNGELS, Angelina para los suyos, es menuda, peluquera desde los 17 años. Rubia platino y permanentada, uñas rojas y tacones altos. Pantalones rojos ajustados, camisa blanca con escote y americana entallada. Gafas oscuras y una leve sonrisa. El día que no me arregle ya no hará falta que salte de la cama.

Angelina se levanta a las cinco, conduce 45 Km. por carreteras comarcales catalanas, en invierno cadenas, en verano canícula, viaje de ida y vuelta, de lunes a sábado, le permite trabajar en lo que le agrada, relacionarse con hombres y mujeres, sentirse creativa; ella observa como se mueven sus dedos entre los cabellos de diferente color o textura, ve como la tijera entra y sale y percibe sus destellos en el espejo. ¿Qué relación guarda este baile con la nueva imagen? Y ¡qué satisfacción al acabar! La clienta, el cliente? se sienten rejuvenecer, y ella, Angelina, ve lo importante de su arte.

Angelina desea ser madre, seis abortos y ningún embarazo a término. Siente un dolor profundo; a este dolor se le añade el de sus brazos, piernas, espalda, sienes? su historial clínico se mide por tomos, y su expresión en urgencias siempre es la misma: me duele todo, a lo que siempre, siempre, recibe la misma respuesta: ¿todo? ¿No puede concretar? Los análisis están bien, ¿ha visitado al psiquiatra?

Ayer no sabía qué cambio debía dar, un billete en la mano derecha, la izquierda que no sigue y la mente en blanco, ¿cuánto tiempo lleva así? hoy le han caído sus tijeras, sí, las mismas que hasta hace poco bailaban al son del corte de moda o de las preferencias, las tijeras que ella cuidaba, afilaba y guardaba en su funda, las tijeras que ella observaba en el espejo y sabía tenían vida propia y se guardaban las dos, un respeto mutuo.

Y hoy, Angelina, ha decidido dar vía libre a su compañera de viaje doña Fibro, se le pegó cuando adolescente aunque no la identificó, se apoderó de su cuerpo aunque se escondiera en los controles médicos, le parasitó su mente para que a ojos poco observadores pareciera loca, le robó su juventud, su alegría, sus bailes y su sexo. Y hoy, la caída de las tijeras, ha arrastrado, como riera después de una tormenta de verano: los tintes, las ilusiones, los peines, los deseos, el secador, la independencia, las toallas, la autoestima, la laca, la maternidad, los escalados, la amistad, la mascarilla, la libertad, los rulos y las risas? arrastradas hasta el mar del dolor.

Angelina 59, cansada y dolorida desde que se recuerda, a los 20 le decían que era la tontería, a los 30 la ansiedad y a los 40 la edad, hasta que le encontraron quien le había secuestrado su vida sin ser terrorista, quien le había robado su ser sin ser un ladrón, quien se había pegado a sus músculos sin ser una lapa, y con esta compañía no elegida ni deseada, se arrastra, no ya por las carreteras catalanas sino por las diferentes consultas médicas y las urgencias hospitalarias, en busca de una intervención que le quite su siamesa parásita e invisible.

Y ahora está en mi consulta y lo único que me viene a la mente es lo que me dijo mi primer entrevistado: tenemos una enfermedad del siglo XXI y los profesionales estáis en un modelo científico del siglo XIX y cuando le pregunto por el papel de las enfermeras me responde categóricamente que no estamos.

Reflexión: la atención y los cuidados que se ofrecen desde enfermería están muy alejados de las necesidades, por que no están presentes o se desconocen sus competencias, o por que se olvidan de la individualización o de la escucha activa, o por que olvidamos que hay cuidados profesionales y cuidados convencionales y por que olvidamos que las terapias complementarias no las cubre la sanidad pública. Las narrativas personales y vitales, una mejor y mayor significación para con el discurso creo mejorarían los cuidados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Coffey, A. Atkinson, P.: Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Alicante: San Vicente del Raspeig: Publicaciones Universidad de Alicante. 2005
- Cuesta de la, C. El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. Investigación y educación en enfermería ISSN 0120-5307, Vol. 25, Nº. 1, pags. 106-112. 2007
- Cuesta de la, C. naturaleza de la investigación cualitativa y su contribución a la práctica de Enfermería. Metas de enfermería. ISSN 1138-7262, Vol. 9, Nº. 5, 2006, pags. 50-55, 2006
- Denman C y Haro JA. Compiladores. Por los rincones: antología de métodos cualitativos en la investigación social. El Colegio de Sonora: Sonora, México. 2000.
- Egon C. Guba e Yvonna S. Lincoln. Paradigmas en competencia en la investigación calitativa. 2000.
- Guasch, Ó. Observación participante. Cuadernos Metodológicos nº 20, CIS. 1997
- Lincoln, Ivonna S. Conexiones afines entre los métodos cualitativos y la investigación en salud. Investigación y Educación en Enfermería 1997 sep; XV(2):57-69.
- Lispector, C. Agua viva i L?hora de l?estrella. Lleida: Pagès editors. 2006
- Marriner, A. Raile, M:Modelos y teorías en enfermería. 5a.ed. Madrid. Mosby. Cap 30 (561-584) 2005.
- Mayan, Maria J. Una introducción a los métodos cualitativos: Módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. Alberta, Canadá: Qualitative Institute Press. 2001
- Mercado-Martinez, F et. al. La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. Cad. Saude Pública. Río de Janeiro. 15(1) 179-186 jan-mar. 1999.
- Morin, Edgar Introducció al pensamiento complejo. Barcelona. Gedisa. 1986.
- Morse, J.M. (Ed.) Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia. 2005.
- Perraut Soliveres, A. Infirmières, le savoir de la nuit. Paris. Le monde. 2004
- Wolcott, H. Mejorar la escritura de la investigación cualitativa. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia. 2003
- Valles, S.M. Entrevistas cualitativas. Cuadernos metodológicos, 32. CIS. Madrid. 1a. reimpresión. 2007
- Varela Feminism♀ para principiantes. Ediciones B. Barcelona. 2005.
- Wolcott, H. Mejorar la escritura de la investigación cualitativa. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia. 2003.

POSTER 157**AUTORES/AUTHORS:**

Elvinia Pinilla Gómez, Fabio Camargo, Luis Carlos Orozco

TÍTULO/TITLE:

EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA PARA EL DIAGNÓSTICO ANSIEDAD EN GESTANTES ADOLESCENTES

1. Objetivo: determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería: musicoterapia, imaginación simple dirigida y enseñanza individual en gestantes adolescentes con diagnóstico de ansiedad.

2. Métodos: Ensayo Clínico Controlado (ECC). El tamaño de la muestra se calculó en Stata 9.2 teniendo en cuenta un poder de 0.9, alfa de 0.05, delta esperado de 1, razón 1:2 y desviación estándar de 1 y una correlación de 0.3 a 0.5; dando como resultado una muestra de 45 gestantes, 15 para el grupo intervenido y 30 para el grupo no intervenido que acudieron a los controles prenatales en el Centro de Salud IPC (Bucaramanga- Colombia). Para la recolección de la muestra se utilizó la escala de ZUNG como tamizaje, para proseguir con el diligenciamiento del formato que fue diseñado con base en un formato de valoración de enfermería de la mujer gestante en donde se recopilan los patrones funcionales de Margory Gordón, y las características definitorias para el diagnóstico ansiedad referenciadas en NANDA (Presencia de nerviosismo, incapacidad para relajarse, insomnio, incapacidad para concentrarse, entre otras). Se compararon los puntajes de las evaluaciones iniciales y finales obtenidas en la etiqueta Autocontrol de la ansiedad se utilizó el análisis de covarianza, (ANCOVA) la prueba de Fischer's exact, el NNT, el Alfa de Crombach y la Correlación de Pearson.

4. Discusión: es el primer ECC que brinda pautas para el manejo de la ansiedad en gestantes adolescentes a quienes les causaba ansiedad conocer el estado de salud de su hijo y las condiciones del parto. Coincide con un estudio que muestra que la musicoterapia disminuye la ansiedad en gestantes sometidas a procedimientos clínicos.¹²

En el campo internacional se han realizado investigaciones en donde se utilizan actividades e intervenciones de Enfermería, que aunque no están enmarcadas directamente en la nomenclatura de la clasificación de intervenciones de enfermería (CIE), son utilizadas por otros profesionales para el manejo de la ansiedad. En un estudio realizado en México, se demostró que la musicoterapia, es un método eficaz para disminuir la ansiedad en gestantes sometidas a procedimientos clínicos. Lo anterior concuerda con esta investigación, en que la imaginación simple dirigida y enseñanza individual son actividades suficientes para aumentar el puntaje en la etiqueta del CRE Autocontrol de la Ansiedad en gestantes. En un estudio sobre niveles de ansiedad y factores asociados en gestantes adolescentes y adultas, se encontró asociación entre la edad con la pareja y nivel de ansiedad; en comparación con esta investigación no se halló ninguna relación, pero coincidieron en que a la mayoría de gestantes les causaba ansiedad conocer el estado de salud de su bebe y el parto. Según un artículo publicado en la revista Cubana de obstetricia y ginecología las causas de morbilidad más frecuentes en gestantes adolescentes son la anemia, e infecciones urinarias; en el presente estudio se confirman estos resultados, ya que señala los mismos diagnósticos como las principales complicación médicas de la gestante. Conclusión: Se demuestra que el cuidado brindado por la enfermera, es eficaz para el control de la ansiedad en gestantes adolescentes, lo cual permite un entorno saludable para la gestante y el producto de su gestación, evidenciándose a través de los resultados obtenidos en el CRE final que mostró una diferencia respecto al CRE inicial de 0.39. Además, se evidencia que los cuidados de enfermería basados en proceso estandarizado son eficaces y generan un impacto favorable en la población a intervenir. Con el estudio se logró demostrar que las intervenciones propuestas por la CIE (Musicoterapia, Imaginación simple dirigida y enseñanza individual) y evaluadas con la etiqueta del CRE Autocontrol de la ansiedad, son eficaces para el manejo del diagnóstico Ansiedad en gestantes adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ortiz R, Ortiz NI, Rojas C, Tarazona SJ, Camacho PA. Caracterización de las Adolescentes Gestantes de Bucaramanga, Colombia. Med. UNAB. Agosto 2005; 8 (2): 71-77
2. Sánchez AI, Bermúdez MP, Buela-Casal G. Efectos del Estado de Gestación sobre el Estado de Ánimo. (Serie en Internet) 1999; (Citado el 16 de agosto 2007) 2 (2-3) (aprox. 4 p) Disponible en: REME Revista Eléctrica de Motivación y Emoción. File://E:/investigación/aca/efectosdelestadodegestaciónsobreelestadodeánimo.htm

3. Issler JR. Embarazo en la adolescencia (Serie en Internet). 2001. (Citado el 9 de septiembre de 2005); 107: 1-19 Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html
4. Peláez J. Adolescente Embarazada; Características y riesgos. (Serie en Internet) Junio 1997 (citado el 16 de agosto de 2007) 23 (1) (aprox. 6 p) Disponible en: Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.
5. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos Enfermeros de la NANDA. Definiciones y Clasificaciones 2007-2008 p 10-17
6. McCloskey LC, Bulechek GM. Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (CIE). 4° ed. Madrid Mosby; 2005 p 375, 647
7. Johnson M, Mass M, Moorhead S. Clasificación de los Resultados de Enfermería (CRE) 3° ed. Madrid: Mosby; 2005 p 151
8. Pinilla E, Orozco LC, Fajardo MT, Blanco EJ, Gómez E, Martínez MM, Meléndez SC, Navarro JJ. Prevalencia de Diagnósticos de Enfermería en Gestantes de Alto Riesgo Obstétrico. Escuela de Enfermería UIS. 2007 (en prensa)
9. Latorre MR, Soto Y, Vera Y, Vera MI. Niveles de Ansiedad y Factores Asociados en Gestantes Adolescentes y Adultas que acuden a los Hospitales del Ministerio de Salud de la ciudad de Cusco. (serie en Internet) Marzo ? agosto 2001 (Citado el 10 de agosto de 2007); (18) (aprox. 13 p)
10. García MV, Díaz RM, Littman J, Santos J; Pérez E, Ocaña F. Efectos de la Musicoterapia sobre la Ansiedad generada durante la atención dental en las mujeres embarazadas en el servicio de Estomatología del Instituto Nacional de Perinatología. (serie en Internet) Abril 2004 (Citado agosto 2007) 61 (2) (aprox. 6 p) Disponible en : medigraphic.com
11. Díaz A, Rueda G. Propuesta de una versión abreviada de la escala de Zung para ansiedad, Colombia Médica. 2005 36 (3)

POSTER 159**AUTORES/AUTHORS:**

SALVADOR PITA FERNANDEZ, ANTONIO POMBO SANCHEZ, JUAN SUAREZ QUINTANILLA, SONIA PÉRTEGA DÍAZ, ROCIO SEIJO BESTILLEIRO, CARMEN ISASI FERNÁNDEZ

TÍTULO/TITLE:

El tabaquismo pasivo y la presencia de caries en niños

Objetivo: determinar la relación entre tabaquismo pasivo y presencia de caries en dentición temporal y definitiva en niños

Material-métodos:

Ámbito: Centro de Salud Fontiñas(Santiago de Compostela).Estudio de prevalencia (n=281 niños de 5-14 años (=0.05) y precisión de $\pm 6\%$)

Mediciones:Exploración odontológica, según metodología de la OMS. Se determina la frecuencia de cepillado dental, frecuencia de ingesta de dulces y tabaquismo de los padres

Análisis estadístico: descriptivo y regresión logística.

Resultados:

La prevalencia de caries se va incrementando a medida que se incrementa la exposición al tabaco. Cuando no fuma ninguno de los padres la prevalencia es de 12.4%, si fuma uno de los dos es de 19.3%, cuando fuman el padre y la madre la prevalencia de carios definitivos es de 28.3%(p=0.067). El mismo fenómeno se encuentra en los carios temporales. La prevalencia de caries cuyo padre no han fumado nunca en comparación con los que fuman o han fumado es (14.0% vs 21.1%)(p=0.15). La misma tendencia se objetiva en la dentición temporal

Cuando ajustamos en un modelo multivariado por edad del niño, ingesta de dulces, cepillado dental y exposición al tabaco, objetivamos que las variables con un efecto independiente para predecir caries son la edad del niño y el hecho de cepillarse o no los dientes. Se objetiva que el riesgo de carios definitivos se incrementa a mayor exposición al tabaco, a pesar de no llegar a ser significativo.

Discusión: La exposición al tabaco de los padres incrementa la prevalencia de caries de los niños. A pesar de no encontrar efectos significativos se objetivan resultados que no podrían descartar dicha asociación ya que precisaríamos mayor tamaño muestral para poder hacerlo

Implicaciones para la práctica: Existiendo evidencia científica de los efectos negativos de la exposición al tabaco se deben llevar a cabo medidas preventivas para evitar la exposición pasiva en el núcleo familiar, sobre todo en niños.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Aligne CA, Moss ME, Auinger P, Weitzman M. Association of pediatric dental caries with passive smoking. JAMA. 2003 Mar 12;289(10):1258-64 Schwartz, J, Zeger, S. Passive smoking, air pollution, and acute respiratory symptoms in a diary study of student nurses. Am Rev Respir Dis 1990; 141:62. US Department of Health and Human Services (USDHHS). The health effects of involuntary exposure to tobacco smoke. Centers for Disease Control and Prevention, Rockville, MD 2006. WHO. International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health. Consultation Report. 1999. Wipfli H, Avila-Tang E, Navas-Acien A, Kim S, Onicescu G, Yuan J, Breyse P, Samet JM; Famri Homes Study Investigators. Secondhand smoke exposure among women and children: evidence from 31 countries. Am J Public Health. 2008 Apr;98(4):672-9

POSTER 161**AUTORES/AUTHORS:**

Rosa Redondo Pedraza, Alfonso Rodríguez Redondo, María Aurora Rodríguez Borrego, Fátima Olea Serrano, Manuel Vaquero Abellan, María Luisa Serrano Gómez, Manuela urbano Priego

TÍTULO/TITLE:

Título: Hábitos de vida, alimentación y ejercicio físico en niños/as de 2 a 6 años

Centro de trabajo: Centro de Salud de Huerta de la Reina. Córdoba.

Introducción: Uno de los objetivos prioritarios que el Servicio Andaluz de Salud contempla en su Plan Integral de Obesidad Infantil (2007-2012), es el de promover la adquisición de hábitos y conductas saludables en el niño/a.

Objetivos: Conocer que comen y que actividad física realizan los niños/as de 2 a 6 años, adscritos a una Zona Básica de Salud (ZBS)

Material y Métodos:

El ámbito de estudio corresponde a la ZBS perteneciente al Centro de Salud Huerta de la Reina en la ciudad de Córdoba, formada por una población en la que confluyen tres barriadas de diferente nivel socioeconómico (Moreras: bajo, Huerta de la Reina medio, El Brillante: alto).

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Población: 100 niños y niñas de 2 a 6 años que acudieron a consulta de pediatría en el periodo de recogida de datos.

Variables e instrumento de medida: Para este trabajo se elaboró un cuestionario que incluyó: nivel de estudios y ocupación laboral del encuestado (progenitor del niño/a); nacionalidad, edad, peso y talla del padre, madre e hijo/hija y 30 ítems relacionados con la frecuencia de consumo de alimentos en el desayuno, almuerzo, merienda y cena y otros hábitos de vida como la actividad física.

Periodo de recogida de datos: Octubre 2008- Noviembre 2008.

Procedimiento: A través del cuestionario, previo consentimiento informado. Los cuestionarios fueron entregados a los acompañantes de los preescolares (mayoritariamente madres) a la salida de la consulta y cumplimentados in situ. Análisis: Descriptivo por porcentaje. El proceso de codificación y análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS 15

Resultados: Se estudiaron un total de 100 niños/as (51 varones, 49 mujeres), de los cuales el 39% pertenecían a la barriada de las Moreras, el 37 % a Huerta de la Reina y el 24% al Brillante. Del total de niños analizados, un 18% presentaban riesgo de sobrepeso y un 14% sobrepeso 7% obesidad. No se han observado diferencias significativas en los alimentos ingeridos en desayuno, comida y merienda en las diferentes barriadas; sí en la cena donde la zona de Moreras presentaba un consumo moderado de pescado y huevos, un 53,8% y un 23,1% de los niños/as estudiados lo tomaban de 2 a 3 veces por semana. La zona de Huerta de la Reina lo hacía en un 64,9% y 51,4% respectivamente mientras que la del Brillante presentaba un 33,3% y un 20,8 en la ingesta de dichos alimentos.

Respecto a la Frecuencia de chucherías, snacks y golosinas, la zona de Moreras presentaba un aumento considerable en su frecuencia diaria de consumo (11%) respecto a la de Huerta de la Reina (2%) y Brillante (1%) respectivamente.

En cuanto a la actividad física se observa una significativa diferencia entre la Zona de Moreras con una media de 10,07 horas semanales, respecto a la del Brillante con una media de 2,26 horas a la semana.

Discusión:

No existen diferencias en el consumo de leche, pan, aceite y fruta en el desayuno en los niños/as de las barriadas señaladas; y la diferencia en el consumo de estos alimentos en la merienda se modifica en proporciones semejantes en los tres grupos. La actividad física es significativamente mayor en los niños/as de la barriada de Moreras (juegan en la calle, no tienen ascensor, van andando al colegio), que en la del Brillante. En general se puede decir que la alimentación de estos niños sigue el patrón habitual de la dieta mediterránea aunque claramente descompensada en algunos aspectos como es el consumo de chucherías. Con los datos obtenidos podemos concluir que es preciso realizar un abordaje multidisciplinar, por profesionales de la Salud y de la Educación, en los niños estudiados y en sus familias, con el objeto de implementar intervenciones educativas y preventivas ante la mala alimentación y el sedentarismo a fin de evitar enfermedades como la obesidad, colesterol, diabetes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

(1) Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía 2007-2012 (2) López Sigüero JP, Fernández García Jm, Luna JD. Estudio transversal de talla y peso en población infantil y juvenil en Andalucía desde 3 años a edad adulta (3) Recuerda Girela MA. La actividad física y el deporte como estrategia de salud pública para el control de la obesidad. Departamento de Derecho administrativo. Universidad de Granada. (4) Alimentación infantil y juvenil. Estudio enKid. Barcelona: Masson SA 2002: 41-50 (5) Hernández Rodríguez M. Alimentación del niño durante la edad escolar. SGDds, editor. Tratado de Nutrición. 1999. (6) Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia Naos. Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y prevención de la Obesidad. 10-2-2005. (7) Barceló J, Algaba J, Vera C, López F, naranjo J. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños y niñas deportistas de 6 a 11 años. Archivos de medicina del Deporte 2005, 110:514

POSTER 162**AUTORES/AUTHORS:**

Trinidad Revilla Villegas, Aurora Baraza Saz, M^a Dlores Rita Fiuza Pérez, Rita Pulido Justicia, Pino Sánchez Reyes, Víctor Guerra Arencibia, Elvira Martín Bou, Mónoca Pérez Díaz, Belén Rodríguez Medina

TÍTULO/TITLE:

Influencia de la calidad de los cuidados de enfermería en la satisfacción de los pacientes al alta hospitalaria

Resultados preliminares del proyecto FUNCIS ENF07/03

La valoración de la calidad percibida por los pacientes sobre la asistencia sanitaria mediante encuestas de satisfacción es en uno de los indicadores más importantes, cuando se pretende acreditar la calidad de los servicios que desde nuestro hospital ofrecemos a la comunidad (1).

La garantía de la calidad en el modelo de atención de la salud según Donabedian (2), reconoce la satisfacción del usuario en la prestación de servicios convenientes, aceptables y agradables, lo que constituye un ingrediente esencial en la definición de calidad. Para los pacientes la satisfacción representa la evaluación de su experiencia con la atención sanitaria (3), sobre las bases de sus propios valores, impresiones e interacción con el ambiente sanitario (4). Valiosa medida del resultado de los procesos en la atención sanitaria, suele centrarse en aspectos generales y no incluye aspectos concretos de los cuidados (5).

En nuestro hospital está implantado el EFQM (6), con la finalidad de conseguir la excelencia en la gestión empresarial. Una de las características de este modelo es la importancia que da a los resultados, consecuencia de las acciones previas que la organización ha desarrollado.

Presentamos los resultados obtenidos en una encuesta de satisfacción centrada en los cuidados de enfermería.

El Objetivo principal es determinar el grado de satisfacción percibida con los cuidados de enfermería en los pacientes ingresados en nuestro hospital al alta hospitalaria. Además pretendemos identificar qué aspectos son los más valorados por los pacientes, relacionados con los profesionales enfermeros, y conocer las deficiencias que en materia de cuidados se producen habitualmente.

Método. Estudio observacional de prevalencia, el ámbito de estudio se centra en el Hospital Universitario de G.C. Dr. Negrin, los sujetos del estudio son pacientes ingresados en el área de hospitalización. Los criterios de inclusión fueron que en los momentos preestablecidos para la realización de las entrevistas, llevaran al menos una semana en el hospital y que fueran capaces de comprender y responder a los cuestionarios. Aproximadamente desde junio del 2008 a junio del 2009, se han encuestado un total de 800 pacientes. Para la instrumentación, se ha utilizado la SERVQHOS (7), encuesta de opinión sobre la calidad de atención hospitalaria, adaptada y modificada para evaluar la satisfacción del paciente como resultado de los cuidados enfermeros, medida por la diferencia entre expectativas y percepciones (8-11). Al grupo de encuestadores se les formó y adiestró para informar a los pacientes sobre el estudio que estábamos realizando y su implicación, obtener su consentimiento y facilitar la cumplimentación de las encuestas. El posible sesgo de conveniencia social, se evitó realizando la entrevista al alta hospitalaria. Para el análisis estadístico de los resultados, se diseñó una base de datos en Microsoft Office Access 2003 y posteriormente se exportaron al SPSS (15.0). Se realizó una estadística descriptiva de todas las variables y se aplicó la X² para ver las asociaciones entre ellas. El nivel de significación utilizado es de $\alpha = 0,05$.

Resultados. El nivel de respuesta respecto a la satisfacción global es del 98,4%. El 94,75% de los pacientes se declaran satisfechos frente al 3,7% que se declaran poco o nada satisfechos. En cuanto a la satisfacción con los cuidados de enfermería el 95,8% está satisfecho y solo el 2,7% se muestra poco o nada satisfecho. El 93% de los entrevistados recomendarían el hospital sin dudarlo y tan solo 5 pacientes mostraron rechazo a esta recomendación. De los 21 ítems del cuestionario, el aspecto que supera las expectativas de los pacientes es la amabilidad dispensada por las enfermeras (74%), seguido de la confianza y seguridad transmitida por las enfermeras (70%) y la disposición de la enfermera para ayudarlo cuando lo necesita (69%). Los aspectos más negativos son las indicaciones para orientarse en el hospital (11%), el tiempo de espera para ser atendido por su médico (10%) y la demora en la realización de pruebas complementarias (10%). En nuestra muestra de pacientes el 57% tiene estudios primarios, el 23,5% bachiller

y el 13,1% universitarios. Llama la atención que prácticamente la mitad de los pacientes (51,3%) no conocen el nombre de la enfermera. No existe asociación entre conocer el nombre de la enfermera y el grado de satisfacción ($p=0,099$), sin embargo sí hay asociación entre el nivel de estudios de los pacientes y el conocer el nombre de la enfermera. Los que tienen un menor nivel de estudios son los que menos conocen el nombre de la enfermera ($p < 0,01$), obtenemos una $OR=1,8$ ($1,3?2,47$ IC 95%) de conocer el nombre de la enfermera con nivel de estudios alto.

Discusión: Cabe destacar que los pacientes centran mas su satisfacción en los procesos relacionados con la atención personalizada que reciben de la enfermera que con la estructura y/o el tiempo, aspectos poco valorados. Convendría insistir en la importancia de la presentación formal de la enfermera al ingreso del paciente, ya que, aunque en nuestro caso no hemos encontrado esta relación, otros autores afirman que es un factor que puede influir de manera importante en la satisfacción con los cuidados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Villalobos J. Gestión de la calidad total. *Todo Hospital* 1998;150:585-
2. Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. *Calidad Asistencial* 1994;1:31-39
3. Pascoe G. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Program Plan* 1983;6:185-210.
4. Lamarca I, Cañis A, Grau J. Concepción de un plan de calidad centrado en el paciente. *Todo Hospital* 1997;141:41-55.
5. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *J Mar* 1985;61:41-45
6. Modelo EFQM de Excelencia 1999. European Foundation for Quality Management. Bruselas 1999.
7. Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Buil JA, Castell M, Vialler J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Medicina Preventiva* 1998;4:12-18
8. Hernández ME, Ochando A, Mora J, Lorenzo S, López K. Satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis: Objetivo de calidad asistencial en enfermería. *Revista Sociedad Española Enfermería Nefrológica* 2005;8(2):90-96
9. Duarte G, Aguirre-Jaime A. Enfermera amable, paciente satisfecho. Validación de una nueva escala de satisfacción de los usuarios. *Enfermería Clínica* 2003;13(1):7-15
10. Cuñado A, Bernardo C, Rial C, Marco A, Gracia F. Validación de la traducción al español de una escala de medida de satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros en urgencias (CECSS). *Enfermería Clínica* 2002;12(5):273-280
11. González-Valentín MA, Padín S, Ramón E. Satisfacción del paciente con la atención de enfermería. *Enfermería Clínica* 2005;15(3):147-155

POSTER 163**AUTORES/AUTHORS:**

Joaquina Garcia-Casarrubio Jimenez, Julian Garcia Garcia, Dolores Rodriguez Carcelen, Teresa Iglesias Mier, Agustin Lara Sahuquillo, Francisco Martinez Quesada, Jesus Jimenez Mazuecos, Antonio Gutierrez Diez, Arsenio Gallardo Lopez

TÍTULO/TITLE:

TIEMPOS HASTA LA REPERFUSIÓN EN LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA: ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR EL TIEMPO DE RE

INTRODUCCIÓN

La terapia de reperfusión óptima en el tratamiento del infarto agudo de miocardio es la angioplastia primaria (AP) siempre que se realice por un equipo experimentado y con un tiempo Puerta-Balón (TPuBa) inferior a 90 minutos, aunque esto es difícil de conseguir en el mundo real. Nuestro objetivo principal será analizar precisamente dónde radican los retrasos hasta la reperfusión, para poder diseñar estrategias para mejorar en lo posible estos registros.

MÉTODO

Se diseñó un registro prospectivo sobre 179 pacientes a los que se realizó una AP recogiendo distintos tiempos desde el inicio del dolor hasta que la arteria coronaria está permeable, evaluando dónde se encontraban los retrasos con el propósito de elaborar posibles soluciones en protocolos intrahospitalarios. Se describen los tiempos en medianas.

- 1.- Tiempo inicio síntomas -puerta de urgencias (TSiPu).
- 2.- Tiempo llegada a puerta de urgencias - llamada equipo de hemodinámica (TPuLla).
- 3.- Tiempo llegada del equipo de hemodinámica desde el domicilio (TLlegequi).
- 4.- Tiempo de llegada del equipo - llegada del paciente a sala (TLlegenf).
- 5.- Tiempo llegada del paciente hasta la apertura de la arteria (TllegBa)
- 6.- TPuBa (sumatorio de los tiempos 2-5).

RESULTADOS

El mayor retraso se produjo en la llegada del paciente a urgencias.

TSiPu de 140?. El TPuLla fue de 20? (25% de los P en 10? y el 75% en 45?). El TLlegequi fue de 13? (90% en 20?). El TLlegenf de 13? (el 75% en 15?), el TSaBa fue de 21? y el TPuBa de 87?. Antes de establecer las estrategias para intentar reducir los tiempos intermedios, tan sólo el 44.3% de los pacientes tuvieron un TPuBa inferior a los 90 minutos recomendados.

Sin embargo, tras la aplicación de estrategias basadas en nuestra experiencia, por ejemplo, la preparación del paciente en el servicio de Urgencias, coordinación para el traslado durante la llegada del equipo de alerta de hemodinámica,? conseguimos que el 71.9% de los pacientes se encontraran en el rango óptimo recomendado de TPuBa < 90 minutos.

CONCLUSIONES

El principal retraso en un programa de AP radica en la llegada del enfermo al hospital (68% del tiempo de isquemia).

A nivel intrahospitalario, la demora se registra fundamentalmente en el servicio de Urgencias (50% del TPuBa), por lo que sería recomendable que existieran protocolos de actuación rápida adaptados a cada hospital con el fin de aumentar la rapidez en el diagnóstico y en el traslado intrahospitalario (ECG precoz, activación directa de la alerta, traslado directo a sala,..)

En nuestra experiencia (ciudad pequeña y con facilidad de acceso al hospital) la presencia de una alerta localizada en el domicilio no incrementa el retraso de forma significativa (19% del TPuBa) siempre que el equipo tenga una sensibilidad especial para aligerar los tiempos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. ¡Retrasar el tratamiento equivale a negarlo!

Giuseppe De Luca

a Divisione di Cardiologia. Università del Piemonte Orientale. Novara. Italia.

Rev Esp Cardiol. 2009;62:1-6.

2. Angioplastia primaria en nuestro medio. Análisis de los retrasos hasta la reperfusión, sus condicionantes y su implicación

pronóstica

Susana Mingoa; Javier Goicoleaa; Luis Nombelaa; Elena Sufratea; Ana Blascoa; Isabel Millánb; Raymundo Ocaranzac; José A Fernández-Díaza; Javier Ortigosaa; Yolanda Romerod; Luis Alonso-Pulpóna

a Servicio de Cardiología. Hospital Puerta de Hierro. Madrid. España.

b Departamento de Bioestadística. Hospital Puerta de Hierro. Madrid. España.

c Servicio de Cardiología. Hospital do Meixoeiro. Vigo. Pontevedra. España.

d Servicio de Urgencias. Hospital Puerta de Hierro. Madrid. España.

Rev Esp Cardiol. 2009;62:15-22.

POSTER 166**AUTORES/AUTHORS:**

Ana Flávia Kazumi Sakamoto, João Fernando Marcolan

TÍTULO/TITLE:

DETECCIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE AMAMANTAMIENTO MATERNO.

Introducción: Existe en el práctica profesional de la salud una carencia de atención para detectar los síntomas depresivos en los usuarios. Objetivo: Verificar la presencia de sintomatología depresiva en puérperas, entre 1 y 4 meses desde el parto, en una unidad de amamantamiento materno. Metodología: Estudio exploratorio-descriptivo, cuantitativo; uso de escalas psicométricas para la depresión de Beck (IDB), de Montgomery-Asberg (MADRS) y de Edimburgo (EDIN) y cuestionario estructurado en 26 puérperas. Resultados: 11 (42.3%) blancas, 7 negras (23.0%), 6 pardas (26.9%), 1 (3.9%) amarilla y 1 (3.9%) indígena; con nivel escolar de segundo grado completo (50.0%), primer grado completo (19.2%) e incompleto (15.4%); habitantes de la región sureste de la ciudad de São Paulo (53.8%), con origen en São Paulo (42.3%) y en el noreste brasileño (38.4%); 22 (84.6%) casadas; 17 (65.4%) católicas; 14 (53.8%) tenían ocupaciones sin declarar su grado del instrucción; 11 (42.3%) desempleadas; 10 (38.4%) tenían renta familiar entre R\$ 500 y R\$ 1.000, dos (7.6%) sin renta familiar; 14 (53.8%) tenían vivienda propia y 21 (80.7%) tenían entre 3 y 5 residentes. IDB: 7 (26.9%) con sintomatología de nivel moderado, 2 (7.6%) liviano y 1 (3.8%) grave; MADRS: 13 (50.0%) liviana y 4 (15.4%) moderada; EDIN: 5 (19.2%) liviana, 3 (11.5%) moderada y 1 (3.8%) grave. 5 (19.2%) tenían diagnóstico anterior de depresión; 4 (15.4%) mantenían sintomatología depresiva, y aun dos en tratamiento con medicación para depresión. De las 19 (73.0%) con sintomatología depresiva detectada, 8 (30.7%) presentaron resultado en una escala, 5 (19.2%) en dos y 6 (23.0%) en todas las escalas. Respecto a la intervención, 11 (42.3%) fueron orientadas solamente a solicitar evaluación en unidades de salud, 5 (19.2%) fueron orientadas a atención psicoterápica y 3 (11.5%) dirigidas a evaluación de urgencia, no obstante una rehusó por estar en el acompañamiento psiquiátrico. Discusión: Verificamos una alta tasa de incidencia de sintomatología depresiva en puérperas, con énfasis en que la fase a la cual pasaron fue un factor importante para desarrollar el trastorno depresivo. Se hace necesario que los servicios de salud de las especialidades más diversas se fijen en el sufrimiento psíquico de sus usuarios y que la asistencia sea suficiente. Los datos demuestran que el diagnóstico precoz de la sintomatología depresiva y su tratamiento adecuado son fundamentales para controlar del trastorno.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

World Health Organization. Depression: mental health. Geneva : World Health Organization; 2006.

Boyce P, Hickey A. Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 40(8): 605-12, 2005.

Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. J Affect Disord 88(1): 9-18, 2005.

Blacker D. Psychiatric rating scales. In: Sadock B, Sadock V. (ed.). Kaplan & Sadock's. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins vol 1, 2000, p. 755-83.

POSTER 167

AUTORES/AUTHORS:

Sonia Sánchez Anglada, Sandra Sánchez Villacampa, Susana Giménez Revueltas, Núria Cortés Samora, Francesc Anguera Cugat, Gisel Casa Guell, M^a José Álvarez Martínez, Rosa Cañasas rueda

TÍTULO/TITLE:

¿Se ajustan bien los pañales?

Objetivo: Analizar la prescripción de material absorbente de incontinencia (MAI) y evaluar si se ajusta a los criterios propuestos por la guía de práctica clínica (GPC) ?Recomendaciones para el uso de pañales en la incontinencia urinaria? (Institut Català de la Salut, 2002).

Diseño: Estudio descriptivo transversal (Estudio de control y mejora de la calidad).

Ámbito: Área Básica de salud urbana.

Sujetos: Pacientes registrados como incontinentes urinarios.

Variables de estudio: sexo, edad, inclusión en programa de atención domiciliaria (AT-DOM), tipo de incontinencia (TI), cuantía de las pérdidas (CP) y tipo de absorbente (TA).

Resultados: Se incluyeron 721 pacientes; 80.85% mujeres; edad media de 73,2 años en mujeres y 72,4 años en hombres; TI: 59% esfuerzo, 23% urgencia, 12% mixta y 6% otras; CP: 36% leve, 30,79% moderada y 30,79% severa; TA usado: 47% día (D), 13% noche (N) y 40% supernoche (SN). TA usado en función de la CP: si CP leve: 80,76% D, 11,53% N y 7,72% SN; si CP moderada: 54,8% D, 43,36% N y 1,78% SN; si CP grave: 24,12% D, 34,82% N y 41,06% SN.

Conclusiones: Existe una notable concordancia entre la prescripción de MAI realizada y las recomendaciones de la GPC, debiéndose intentar reducir el uso dde SN en pacientes con CP leve. El resultado actual se debe a la gran implicación de Enfermería en la adecuación de la prescripción de MAI a las características del paciente.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

.

POSTER 168

AUTORES/AUTHORS:

Sandra Sánchez Villacampa, Núria Cortés Samora, Susana Giménez Revueltas, Sonia Sánchez Anglada, Francesc Anguera Cugat, Rosa Cañadas rueda

TÍTULO/TITLE:

¿QUE SABEN NUESTROS DIABÉTICOS DE LA DIABETES?

Objetivo: Analizar el nivel de conocimientos sobre la diabetes mellitus de los pacientes diabéticos de un centro de salud recién reformado a través de un cuestionario validado (primera fase de un control de calidad.).

Diseño: Descriptivo transversal.

Ámbito: Área Básica de Salud urbana de nivel socio-económico medio.

Sujetos: 100 pacientes diabéticos tipo II que acuden a visita concertada con su enfermera.

Intervención: Se utilizó el cuestionario anónimo autoadministrado validado ECODI que analiza 5 dimensiones de conocimientos.

Resultados: 50% mujeres; 60% mayores de 65 años; 74% estudios primarios, 23% secundarios y 2% universitarios; 33% diagnosticados hace menos de 5 años, 31% entre 5 y 10 años y 46% más de 10 años; 58% control óptimo HbA1C, 28% aceptable y 19% malo; 17% realiza dieta, 69% ADO, 4% ADOS+ insulina y 10% insulina; 72% tenían como factor de riesgo asociado HTA, 53% DLP, 42% Obesidad, 16% Tabaquismo y 49% Sedentarismo.

El 23% tiene conocimientos sobre conceptos generales, el 29% sobre dieta, el 69% sobre ejercicio, el 43% sobre higiene y autocura y el 51% sobre autocontrol. En general los que presentan mayor grado de conocimientos son: hombres, los menores de 65 años, los que tienen estudios superiores, a los que se les ha diagnosticado recientemente y aquellos que empiezan a presentar complicaciones. Respecto al control metabólico no hay diferencias relevantes.

Conclusión: El nivel de conocimientos en todas las dimensiones analizadas es muy bajo, lo que hace prioritaria la implantación de un programa de educación diabetológica a nivel individual y grupal.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

.

POSTER 169**AUTORES/AUTHORS:**

Gloria Santos González, Rosa Jiménez Tomás, Jesús Sanchez Etxaniz

TÍTULO/TITLE:

FAMILIA Y PROFESIONALES SANITARIOS: HACIA UNA UNIDAD DE TRABAJO

ANTECEDENTES

La transformación del modelo paternalista de relaciones clínicas por un modelo centrado en sujeto/familia los convierte en protagonistas de todo el proceso asistencial.^{1,2} Sin embargo, la presencia de familiares durante la realización de procedimientos de enfermería es un tema controvertido entre los sanitarios.^{3,4,5}

OBJETIVOS

1. Conocer la opinión de familiares y profesionales sanitarios sobre presencia familiar durante la realización de procedimientos cruentos.
2. Conocer las razones de familia y profesionales sanitarios para justificar/rechazar la presencia familiar.
3. Conocer cuál es la situación actual en nuestra Urgencia de Pediatría (UP).

MÉTODO

Dos estudios descriptivos transversales en Diciembre de 2008 mediante encuesta anónima semiestructurada. Por un lado, a 200 familiares elegidos de forma aleatoria y a pie de cama, y por otro, a 36 profesionales.

Para el estudio estadístico se utilizó el programa SSPS v. 16.0 para Windows. Las comparaciones entre grupos para variables cuantitativas se realizaron usando tests paramétricos y para las cualitativas, tablas de contingencia, comparando por medio de la prueba Chi cuadrado de Pearson o la prueba exacta de Fisher. Se han considerado significativos unos valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Respecto a la familia:

48% niños <1 año. Edad media padres: 32.2.

Acompaña al paciente: 72% madre, 28% padre, que manifiestan deseo de presenciar los procedimientos de manera estadísticamente significativa respecto a madres (92% vs. 82%, $p=0.016$).

No hay relación significativa entre deseo de estar presente y frecuentación previa a UP, ni con existencia de enfermedad crónica de los hijos.

Deseo de presenciar los procedimientos es inversamente proporcional a su invasividad.

Razones para estar presentes: Tranquilizar al niño (84%) y el familiar reduce su ansiedad al acompañar al niño (57%). Para no presenciarlos: Interferir con profesionales (34%) y angustia del familiar (23%).

80% encuestados creen que su presencia es beneficiosa. 10% encuestados refieren no haberseles ofrecido nunca la posibilidad de estar presentes en ningún procedimiento cruento. 45% han presenciado más de uno.

Respecto a los profesionales:

Hay relación categoría profesional/opción de presencia familiar, médicos ofertan 100% y enfermería 48%.

Razón principal permitir presencia familiar: contención emocional en la que colaboran padres (55%). Y para no ofertar presencia: Sensación de interferencia sin éxito en la consecución de la técnica (27%).

70% dicen sí hay beneficio en presencia familiar, razones que influyen en el grado de beneficio son actitud padres y edad niño (mayor).

Opinión de beneficio por categoría: Médicos manifestaron de forma estadísticamente significativa respecto al de enfermería que sí hay beneficio en permitir presencia familiar (100% vs. 48%, $p=0.002$).

DISCUSIÓN

Aunque las instituciones de salud tradicionalmente han excluido a la familia al realizar procedimientos en el niño,^{1,6} la presencia de los padres puede reducir la cantidad de dolor que experimenta el paciente ya que el estado de ansiedad de cualquier tipo empeora el

dolor.^{3,7} Así mismo, la presencia familiar puede ser vista como una consecuencia natural del cuidado centrado en la familia, siendo principal fuente de fortaleza y apoyo del paciente.⁸

Como hemos podido comprobar en nuestro estudio, cuando a los padres se les ofrece la posibilidad de acompañar a sus hijos, la mayoría responden afirmativamente siendo esta respuesta mayor en los procedimientos menos cruentos. En general, la presencia durante la maniobra, es considerada como beneficiosa para el niño por la mayoría de los padres consultados en estudios previos,^{1,6,9-11} lo que coincide con los resultados de nuestro estudio.

Es tema polémico entre los profesionales, la mayoría de las instituciones y hospitales no tienen reglamentaciones o normas escritas acerca de este tema pero una gran parte de los profesionales del equipo permite la presencia familiar.^{1,3,12} En nuestro servicio, un 10% de los padres encuestados manifiesta que no se les ha ofrecido nunca la posibilidad de estar presentes. Los profesionales de nuestro servicio que no dan opción de presencia representan una minoría y en general, la opinión sobre dicha presencia es que sí hay beneficio.

Este trabajo permite conocer el deseo de profesionales sanitarios y padres de presenciar los procedimientos, así como los motivos que justifican o rechazan dicho deseo. Evaluar las actitudes y preocupaciones de los miembros que participan en la unidad de trabajo es un importante primer paso al formular cualquier protocolo sobre presencia familiar. En los últimos meses, hemos trabajado en la elaboración de este protocolo, teniendo en cuenta los resultados de este estudio. Esperamos que este acuerdo multidisciplinario nos ayude a identificar cuándo y cómo ofrecer la opción de presencia familiar, mejorando la práctica clínica.

Por otra parte, se pone de manifiesto la necesidad de incrementar la discusión, el análisis y la investigación en este tema, haciendo así que un mayor número de profesionales permita y facilite la presencia de la familia haciendo que ésta trabaje unida con los sanitarios como participante activo en el proceso de atención a su hijo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. C. Parra Cotanda, C. Luaces Cubells y J. Pou Fernández. ¿Deberían estar presentes los padres durante los procedimientos invasivos en urgencias? *An Pediatr (Barc)*.2009; 70(3):293-296.
2. O'Malley PJ, Brown K, Krug SE. Committee on Pediatric Emergency Medicine. Patient and family-centred care of children in the emergency department. *Pediatrics*. 2008;122:e511-21.
3. R. P. Moreno, S. Ayala Torales, et al. Opinión de los padres y cuidadores de niños internados acerca de su presencia durante la realización de procedimientos invasivos. *Arch. Argent. Pediatr*. V.106 n°2. Buenos Aires mar/abr. 2008.
4. Henderson DP; Knapp JF. Report of the National Consensus Conference on Family Presence during Pediatric Cardiopulmonary Resuscitation and Procedures. *Pediatr Emerg Care*; 21 (11): 787-91, Nov 2005.
5. Halm MA. Family presence during resuscitation: A critical review of the literature. *Am J Crit Care* 2005;14:494-511.
6. V. Pérez Alonso, F. Gómez Sáez, L.I. González Granado, P. Rojo Conejo. Procedimientos invasivos en urgencias: ¿Los familiares prefieren estar presentes?. *An Pediatr (Barc)*. 2009;70 (3):230-234.
7. Fein JA, Ganesh J, Alpern ER. Medical staff attitudes toward family presence during pediatric procedures. *Pediatric Emergency Care*. 2004;20(4):224-7.
8. Clark, A.P., Aldridge, M.D., Guzzetta, C.E., et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 17(1), 23-32. 2005.
9. Powers KS, Rubenstein JS. Family presence during invasive procedures in the pediatric intensive care unit: a prospective study. *Arch Pediatr Adolescent Med* 1999(9):955-58.

10. Piira, T. Sugiura, T, Champion, GD; Donnelly, N; Cole, ASJ. El papel de la presencia de sus padres en el contexto de los procedimientos médicos para niños: una revisión sistemática. *Niño: Cuidado, Salud y Desarrollo*. 2005;31(2)233-243.

11. Ignacio Cerro MC, Jiménez Carrascosa MA; Pascual Fdez. MC; Acero Rivas O. Presencia familiar en procedimientos de enfermería. *Segunda época* 2008(2).

12. Boudreaux ED, Francis JL, Loyacano T. Family presence during invasive procedures and resuscitations in the emergency department: A critical review and suggestions for future research. *Ann Emerg med*. 2002; 40:193-205.

POSTER 170**AUTORES/AUTHORS:**

JUAN SERRANO MARTOS, CARMEN ÁLVAREZ NIETO, GUADALUPE PASTOR MORENO, MANUEL LINARES ABAD, LAURA RODRÍGUEZ OLALLA, FRANCISCO TORRES DÍAZ

TÍTULO/TITLE:

Proyecto de vida, conducta sexual y deseo de embarazo en adolescentes. Un análisis de género.

OBJETIVO

Conocer la influencia del proyecto de vida personal en la conducta sexual y reproductiva de mujeres adolescentes.

MÉTODO

Estudio cualitativo interpretativo de tipo fenomenológico. Las fuentes de información fueron dos grupos de adolescentes (embarazadas y no embarazadas) de la provincia de Jaén. Como técnicas de recogida de la información se optó por la entrevista en profundidad y el grupo de discusión. Los criterios de selección utilizados para elegir a las chicas participantes fueron: la edad (menores de 17 años), la presencia / ausencia de embarazo y la intención o no de quedarse embarazada. Se realizaron un total de 12 entrevistas y 8 grupos de discusión. Se llevó a cabo un análisis de contenido temático desde la perspectiva fenomenológica y de género, para lo cual nos basamos en el esquema: reducción, presentación y extracción de los datos y verificación de conclusiones de Miles y Huberman(1). Como instrumento de apoyo para el análisis se utilizó el software Nudist-Vivo.

RESULTADOS

El contexto familiar y de socialización de las jóvenes se basa en una distribución tradicional de roles en función del género y desde un sistema de valores, actitudes y normas diferenciadas para chicos y chicas. El padre trabaja fuera, adquiriendo el rol de proveedor y la madre, aunque tiene empleo en muchos casos, se ocupa también del trabajo doméstico. Madres e hijas se suelen encargar de las tareas propias del hogar y el cuidado de la familia y la colaboración masculina se percibe como un apoyo a las tareas que suponen, corresponden a las mujeres. En todo caso, la colaboración de los hombres se percibe como una 'ayuda a la madre?', pero no como una responsabilidad compartida, ya que el principal cometido de ellos es el de proveer a la familia de sustento económico. No obstante, en algunos grupos de discusión se registraron opiniones que muestran conciencia de la gravedad que conlleva para las mujeres en general un mal reparto de las actividades básicas de la vida familiar y doméstica.

Desde temprana edad las jóvenes asumen responsabilidades, como el cuidado de los hermanos y las tareas del hogar, de manera que el rol tradicional de mujer cuidadora se internaliza desde el principio. Ahora bien, este posicionamiento está mucho más interiorizado en las jóvenes embarazadas, que tienen perfectamente asumido el rol de mujer cuidadora de su familia, y saben que tras el nacimiento de su hijo/a tendrán que aceptar nuevas responsabilidades. En el imaginario social, la maternidad se ha configurado como un ideal para las mujeres y un emblema de la femineidad (2), lo que queda manifiesto en el discurso de las jóvenes, ya que la mayoría de ellas imaginan y desean un futuro circunscrito al ser madre. ahora bien, aunque la maternidad se vislumbra como un objetivo para todas, se aprecia una diferencia clave; las jóvenes no embarazadas, escolarizadas, tienen un proyecto de vida más o menos definido e independiente al proyecto reproductivo; por tanto, consideran que la maternidad debe realizarse 'en el momento oportuno?', lo que se traduce en un contexto en el que las necesidades económicas y emocionales están cubiertas. En consecuencia, adoptan con mayor frecuencia conductas preventivas de embarazo. Encontramos una visión bastante negativa del embarazo y la maternidad durante la adolescencia por parte de las jóvenes no embarazadas; se concibe como un evento que rompería sus vidas por la mitad, sus hábitos, sus planes de futuro.

El objetivo de las jóvenes embarazadas es el mismo (formar una familia), pero a diferencia de las anteriores, lo persiguen a corto plazo, por lo que esa estabilidad económica y emocional de la que hablan las demás chicas, no siempre se va a conseguir. Sus expectativas se desarrollan a través de la pareja y de la maternidad, pero el proyecto reproductivo no va acompañado de un proyecto de vida personal. Esta falta de metas personales, unida a unas relaciones de género desiguales, influyen en la adquisición de conductas sexuales de riesgo que dan lugar a embarazos tempranos. En muchas ocasiones, el embarazo se representa como una de las pocas opciones con que cuentan las adolescentes para procurarse un proyecto de vida propio.

DISCUSIÓN

Como ya ha quedado patente en otras investigaciones (3,4), en nuestro estudio hallamos que las imágenes asociadas a la división

de roles de género en diferentes esferas de la vida cotidiana, como la sexualidad o el trabajo doméstico, así como las expectativas que las adolescentes tienen sobre su futuro, se relacionan con conductas de riesgo de embarazo. Cualquier intervención cuyo objetivo sea lograr conductas preventivas debería comenzar por mejorar la autoestima y la capacidad de visualizar proyectos de vida orientados al logro personal. Igualmente se deben llevar desnaturalizar y romper las asimetrías de género en el ámbito de la sexualidad. Se plantea como estrategia a seguir la formación del personal de salud y educación con el objetivo de aprender a reforzar las competencias personales y la autonomía de las jóvenes, para poder prevenir riesgos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Miles MB, Huberman AM. 1994. Qualitative Data Analysis. Thousand Oaks, CA: Sage.
2. Suárez Serrano, I. El lugar de la maternidad en la construcción de la feminidad: un estudio cualitativo de cuatro casos de mujeres adolescentes solteras. *Adolescencia y Salud* 2006; 7(1-2):21-35.
3. Pantelides EA, Geldstein RN, Domínguez. Imágenes de género y conducta reproductiva en la adolescencia. Buenos Aires: Centro de Estudios de población CENEP; 1995. Cuaderno nº 51.
4. Climent G, Arias DB, Guarna G, Giacoy N, Oller Barón D, Ríos R et al. Estilo de vida: imágenes de género y proyecto de vida en adolescentes embarazadas. *Rev. Soc. Argent. Ginecol. Infanto Juvenil* 1996;3(2):47-56.

POSTER 171**AUTORES/AUTHORS:**

Alicia Tarragona Camacho, Nuria Romo Avilés, Ana Rosa Fernández Salmerón

TÍTULO/TITLE:

JÓVENES, ABUSO DE ALCOHOL Y SERVICIOS DE URGENCIAS.

Actualmente, el consumo de alcohol es uno de los principales factores que se relacionan con la salud de los individuos y sus consecuencias tienen un gran impacto sobre la misma. La OMS ha advertido de la magnitud de los problemas de salud pública asociados al consumo de alcohol y ha enfatizado su preocupación ante las tendencias de consumo que se observan en las capas más jóvenes de la sociedad. El consumo abusivo de alcohol entre los jóvenes está relacionado con el desarrollo de discapacidades, diferentes enfermedades, maltrato, marginación, actos vandálicos, conflictos en la familia y la escuela (Informe Clínico Alcohol, 2007; Gómez ?Fraguela et.al, 2008).

Según la Encuesta Estatal sobre el uso de drogas en estudiantes de Enseñanza Secundaria (2007), el alcohol sigue siendo la sustancia cuyo uso está más extendido entre jóvenes españoles de 14-18 años. Las borracheras evidencian un aumento importante conforme aumenta la edad. Desde un 10,3% a los 14 años a 40,3% a los 18. (ESTUDES 2006).

Algunos estudios muestran cómo el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas tienen una alta incidencia en los Servicios de Urgencias, siendo atendidas las personas que consumen en una proporción mucho mayor que las que no consumen (D'Onofrio et al, 2006).

Los servicios de urgencias son gratuitos y de fácil acceso estando ubicados en zonas centrales urbanas y donde pueden ser atendidos todos los usuarios sin necesidad de filtros intermedios ni derivación de ningún especialista (Sánchez, 2003).

OBJETIVOS

Estudiar la atención recibida en el Servicio de Urgencias por los jóvenes, tras un episodio de intoxicación etílica (IE), desde la perspectiva de los pacientes para conocer los motivos, sentimientos y conductas abusivas de consumo de alcohol que tienen lugar para buscar ayuda en éstos servicios y qué esperan recibir de ellos.

Observar y describir el impacto asistencial que el consumo de alcohol entre los jóvenes representa para el servicio de urgencias.

Explorar la percepción, actitudes y valores de chico/as con respecto a la visión que tienen de la IE.

METODOLOGIA

Se eligió una metodología cualitativa porque los objetivos que queríamos alcanzar hacen referencia a conductas, sentimientos y búsqueda asistencial de salud.

Elaboramos un cuestionario dirigido a los jóvenes y adaptado a sus características.

Aplicamos los cuestionarios a los jóvenes de 18-29 años que presentaron IE y que fueron atendidos durante el turno de noche, los viernes y sábados en un periodo de tres meses, realizados en el momento del alta por la mejoría de los síntomas, previo consentimiento informado.

Realizamos un total de 24 observaciones de todo lo que ocurría atendiendo a la interacción joven-personal sanitario-amigos desde su ingreso al alta.

RESULTADOS

Los chicos y las chicas tienen hábitos de consumo de alcohol similares, sin embargo, los chicos muestran un consumo más abusivo que las chicas.

Ellos muestran sentimientos mayores de culpabilidad tras un consumo excesivo y han tenido más episodios de no recordar lo que hicieron el día anterior. Suelen relacionar la intoxicación etílica con la poca ingesta de alimento, por estar a dieta o estar anémica y con la ansiedad.

Preferentemente, salen los fines de semana acudiendo primero al botellón y después a la discoteca acompañados de sus amigos durante un espacio de tiempo de 3 a 8 h.

Generalmente son los amigos quienes deciden traerlos al servicio de urgencia por miedo a entrar en coma o porque ya está

inconsciente.

La observación participante en el contexto clínico evidenció que:

El servicio de urgencias es un espacio más en el recorrido nocturno de los jóvenes que se emborrachan donde el vínculo de amistad y adhesión se refuerza en un momento de crisis como la intoxicación etílica de alguno de los miembros del grupo, especialmente si se trata de una chica.

En algunas ocasiones se producen reacciones violentas de los jóvenes varones intoxicados que entorpecen el normal funcionamiento del servicio.

El acceso a los servicios de urgencias de los jóvenes se lleva a cabo tras la toma de decisión del grupo, quienes se organizan a través de un transporte particular o por la llamada de una ambulancia.

Normalmente se organizan entre ellos para turnarse a cuidarle y suele tomar esa responsabilidad el amigo/a más íntimo, mientras contactan con los demás por el teléfono. Los demás esperan a que sea dado de alta.

DISCUSIÓN

Son necesarios enfoques de investigación cualitativa sobre el consumo de drogas y alcohol en jóvenes, puesto que, es la comprensión y no la explicación la que ofrece la posibilidad de generar nuevas narraciones y permite a los futuros profesionales de la salud intentar una visión diferente al discurso actual sobre el uso de drogas.

De investigaciones de este tipo se podrán desprender la elaboración de protocolos de actuación que tengan en cuenta las necesidades integrales de salud del individuo y no exclusivamente las biomédicas.

Es necesario la investigación enfermera en los distintos ámbitos de atención para mejorar la Gestión y planificación de los servicios sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

-Informe Comisión Clínica 2007. Comisión Clínica de la Delegación de Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas. Informe sobre Alcohol. Febrero 2007

.- Gómez-Fraguela, J.A, Fernandez Perez, N., Romero Trías, E, Luengo Martín, A. El botellón y el consumo de alcohol y otras drogas en la juventud. Psicothema 2008 .vol.20nº 2 pp 211-217.

.-Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas (2007). Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias. Ministerio de Sanidad y Consumo.de España.

D'Onofrio G, Becker B, Woolard RH. The impact of alcohol, tobacco, and other drug use and abuse in the emergency department. Emerg Med Clin North Am. 2006 Nov;24(4):925-67.PMID:16982347.

.-Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias.ESTUDES 2006-7.Observatorio Español sobre Drogas.

.- Sánchez López, J. 2003. Factores implicados en el uso de los servicios de urgencias hospitalarios como alternativa a la atención

primaria. Universidad de Granada. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Tesis Doctoral.

POSTER 172**AUTORES/AUTHORS:**

Josefina Vendrell Justribo, Pilar Allende Monclús, Ana Garcia Lopez, Montserrat Gea Sanchez, Ana Rodriguez Cala

TÍTULO/TITLE:

Calidad de vida y salud percibida por un colectivo de profesionales de enfermería: una propuesta p

TEXTO DEL TRABAJO:El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemorables, sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. En líneas generales, para Schalock (2002), la investigación sobre Calidad de Vida es importante porque el concepto está emergiendo como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas. Situando el concepto 'Calidad de Vida' en el ámbito del trabajo profesional, entendemos que la calidad de vida laboral es el grado en que los miembros de un colectivo son capaces de satisfacer las necesidades personales a través de sus experiencias en el contexto organizacional donde se adoptan las más variadas políticas de gestión de los recursos humanos, esta calidad influye de forma importante en la satisfacción del trabajo.

Objetivos: 1.-conocer la auto percepción del estado de salud de los profesionales del Col.legi Oficial de Diplomats d'Infermeria de Lleida (CODILL) así como las variables socio-profesionales que este colectivo define como influyentes en su calidad de vida.

2.-Detectar las dimensiones y subáreas de salud percibidas como deficitarias en el colectivo estudiado

MÉTODO:Presentamos un estudio descriptivo transversal realizado a nivel provincial durante el periodo comprendido entre abril de 2008 a mayo de 2009. A partir del censo colegial se aplicó un muestreo aleatorio simple con el fin de que estuviesen representadas todas las profesionales de la provincia. Asumiendo un 15% de pérdidas se seleccionaron a 383 profesionales. El instrumento elegido para valorar la calidad de vida fue el 'Cuestionario de Salud SF-36 v2 (Short Form 36 Health Survey)' en su versión validada para España (Alonso et al., 2003). Dicha escala comprende 36 ítems posteriormente agregados en ocho dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental; a ello se añadieron variables sociodemográficas como la edad, el género, el nivel asistencial de trabajo, el tipo de contrato, los años de experiencia laboral, el turno de trabajo, etc. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 17.0. Hemos obtenido los siguientes

RESULTADOS : La tasa de respuesta fue del 44% accediendo 169 personas a responder al cuestionario. El 89,9% son mujeres. Según el lugar de trabajo se distribuyen en Hospitales (57,4%), Socio sanitario (5,9%), Atención Primaria (26,6%), Docencia (1,2%), Gestión (1,8%) y Otros (7,1%). En una escala de 0 a 100 la función física se sitúa en una media de 90,3 (DE -15,4), el rol físico 84,8 (DE -19,3), el dolor corporal 71 (DE -24,7), la salud general 70,5 (DE -20,1), vitalidad 61,5% (DE -20,2), función social 82,1 (DE -21,2), rol emocional 89,2 (DE -15,4) y la salud mental 72,1 (DE -19,1). Los hombres obtienen puntuaciones mayores en todas las dimensiones especialmente el grupo de edad comprendido entre los 35 y los 44 años.

DISCUSIÓN:

El género y la edad son factores determinantes en la percepción de la calidad de vida y salud de las profesionales de enfermería. Los resultados obtenidos en el grupo de mujeres en comparación con los valores poblacionales españoles de referencia determinados por Alonso et al. (1998) son claramente inferiores en las dimensiones dolor corporal, vitalidad y función social. A pesar de que este estudio está claramente limitado por el tamaño de la muestra y la disparidad de tamaño de los subconjuntos por ámbitos laborales (se usa la media armónica), las desviaciones estándar nos indican que las medias pueden ser inferiores con mayor probabilidad que superiores, lo que hace pensar que la situación real es peor. En consecuencia, a nivel empírico, las características del lugar de trabajo deben ser adaptadas a los diferentes ciclos de la vida, así como reforzar el rol social y de pertenencia al grupo entre los profesionales. Los hombres gozan de una mejor salud percibida que las mujeres y la mayor diferencia se sitúa en el grupo de 35 a 44 años; debemos indagar en un futuro si es debido a factores como la existencia de determinados privilegios a nivel laboral (Rodríguez et. Al., 2006) o a la falta de corresponsabilización en la actividad reproductiva (Parella, 2005).

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA: Dar información a las diferentes gerencias y direcciones de enfermería en la Región Sanitaria de Lleida sobre la situación del colectivo y poder desarrollar propuestas de intervención en las áreas de salud percibidas como deficitarias y problemáticas. Proponer organización de los servicios y adecuación de los profesionales a los lugares de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1.- Gómez-Vela MS, Eliana N. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto

Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. 2005.

2.- Schalok Robert L y Verdugo Miguel Angel. Calidad de Vida . Manual para profesionales de la educación , salud y servicios sociales. 1ª ed. Madrid: Alianza Editorial S.A; 2003.

3.- Alonso J, y cols. Cuestionario de Salud SF-36. Descripción del instrumento. Versión española del Cuestionario de Salud SF-36.adaptada por J Alonso y cols: [Biblioteca Virtual de Instrumentos de Resultados Percibidos por los Pacientes] 1998 [cited 2006 1-09-2006];

4.-(*) Valores poblacionales de referencia * J. Alonso, E. Regidor, G. Barrio, L. Prieto, C. Rodríguez, and L. De La Fuente De Hoz. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. Med Clin (Barc) 111 (11):410-416, 1998.

5.- IQOLA P, Assessment IQoL. This is the official website of the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. 1991 [cited 2006 1-09-2006]; Measuring Health Status]. Available from: <http://www.iqola.org>

6.- Bonet-Porqueras, R., Moliné-Pallarés, A., Olona-Cabases, M., Gil-Mateu, E., Bonet-Notario, P., Les-Morell, E., Iza-Maiza, M., Bonet-Porqueras, M. The night shift: a risk factor for health and quality of life in nursing staff | Turno nocturno: un factor de riesgo en la salud y calidad de vida del personal de enfermería. 2009 Enfermeria Clínica 19 (2), pp. 76-82

POSTER 173**AUTORES/AUTHORS:**

BASILIA VIERA MELIAN, BASILISA VIERA MELIAN, ALICIA QUINTANA GARCIA, M^a DEL PINO JIMENEZ MENDOZA, DANIELA MONTESDEOCA RAMIREZ, JOSE HENRIQUEZ VENTURA, CARMEN NIEVES HERNANDEZ FLORES, ANA BERTA DIAZ OJEDA, ANGELES VICTORIA RODRIGUEZ JIMENEZ, ALBERTO ARMAS NAVARRO

TÍTULO/TITLE:

Conocimientos y opiniones en los hábitos dietéticos y de vida de las familias/alumnos de un Colegio

1.- Fundamento y objetivos:

La alimentación constituye una de las múltiples actividades de la vida cotidiana de cualquier grupo social y, por su especificidad y polivalencia adquiere un lugar central en la caracterización biológica, psicológica y cultural de la especie humana. Influye de manera determinante en la salud. De manera que, los pueblos mal alimentados por defecto suman a las enfermedades de la nutrición el padecimiento de todo tipo de epidemias, mientras que los mal alimentados por exceso tienen mayor riesgo de padecer enfermedades propias de los países desarrollados, como la hipertensión, diabetes, dislipemias, anemias, caries, obesidad, algunos cánceres (Mataix J, Llopis J, 1995). A medida que han ido evolucionando socioeconómicamente, las sociedades han ido adoptando sus hábitos alimentarios y paralelamente han aumentado estas patologías. Para cualquier comunidad, es fundamental conocer los hábitos alimentarios y el estado nutricional de la población. Los datos obtenidos de este tipo de estudio nos permiten planificar adecuadamente actividades y gestionar servicios, en la distribución de recursos y en la priorización de objetivos, además de constituir un indicador social y sanitario en sí mismo. Son indicadores sanitarios de gran importancia, por su trascendencia social y por su fiabilidad. El consumo tanto cuantitativo como cualitativo de los alimentos refleja el grado de desarrollo de una población, esto constituye un eficaz instrumento o escala de medición del estado general de salud de una comunidad, entendida desde el punto de vista físico, psíquico, social y cultural.

En la Carta de Ottawa, la promoción de la Salud, se define como el proceso de capacitación de las personas para aumentar su control sobre su propia salud y mejorarla. Las intervenciones en Promoción de Salud deben garantizar la igualdad en materia de salud e ir dirigidas a reducir las desviaciones actuales, ofreciendo a todas las personas los recursos y posibilidades necesarias para desarrollar plenamente sus potenciales de salud.

El sector sanitario por sí solo, no puede garantizar los requisitos previos necesarios para el fomento de la salud, ni dar respuesta a todas las intervenciones necesarias para mejorar la misma. Por lo que la Promoción de la Salud exige la acción concertada de todos los agentes sociales (Frías y Palomino, 2000).

Esta estrategia que vincula a la gente con su entorno, con vistas a crear un futuro más saludable, combina la elección personal con la responsabilidad social (Frías y Palomino, 2000). La escuela juega un papel destacado en la Educación y Promoción de la Salud. Existe un consenso sobre la necesidad de promover la Educación para la Salud en las escuelas. Asimismo hay un consenso en que si se quiere que ésta sea una práctica habitual en la totalidad de los centros, deben ser los propios educadores los que asuman la responsabilidad principal de su ejecución, integrándola en su trabajo diario con los alumnos (Mendoza y López, 1993). El comportamiento alimentario de los niños en edad escolar está supeditado a los factores predominantes en la comunidad en la que vive, pero además y en cierta medida, al igual que sucede en la edad adulta, algunos aspectos básicos del entorno ejercerán una influencia decisiva sobre su conducta dietética: El entorno familiar, cualquier programa de educación nutricional debe contemplar la actuación simultánea sobre el medio familiar, cuna del comportamiento alimentario. El medio escolar, marco para la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades, desde un punto de vista cognitivo y operativo. Y el entorno social como la disponibilidad alimentaria, creencias religiosas, simbolismo social y tabúes y medios de comunicación social.

Los objetivos específicos del programa de educación nutricional deberán promocionar conductas alimentarias saludables que posibiliten la autogestión y autorresponsabilidad del individuo, enriqueciendo sus habilidades y sus recursos cognitivos. El marco ideal para estos programas es, sin duda alguna, el medio escolar y la red de atención primaria, desde donde se podrá establecer una dinámica participativa, implicando a la totalidad de los colectivos que conforman la comunidad.

En este escenario se desarrolla nuestro trabajo, pretendiendo alcanzar como objetivos: Estimar los hábitos dietéticos y de vida de los niños del colegio Sagrado Corazón de Arucas, censados durante el curso 2006/2007, estimar los conocimientos y opiniones que las familias del Colegio Sagrado Corazón tienen sobre la alimentación en relación con la salud.

2.- Material y método.

Nos hemos planteado un estudio epidemiológico de tipo transversal realizado sobre el total de alumnos matriculados (de 3-12 años) durante el curso escolar 2006/2007, en el Colegio Sagrado Corazón de Arucas. Se utilizó una encuesta ?autocumplimentada en casa por los padres- con variables que pretendía conseguir información, acerca de los hábitos dietéticos, hábitos de vida, el grado de sedentarismo de los alumnos así como conocimientos, opiniones y actitudes, relacionando la alimentación con la salud. Los datos fueron recogidos durante la primera quincena del mes de mayo del 2007. Posteriormente se procedió a una revisión de los datos obtenidos, con el fin de garantizar la calidad de los mismos. Una vez revisado se procedió a realizar un análisis del mismo, utilizando el programa estadístico SPSS 13.0 para Windows.

3.- Resultados.

Del total de población teórica (226), participaron 194 (85,84%). La madre es la responsable en la planificación de la alimentación familiar (68,6%) aunque en el 24,7% son ambos progenitores (16% enKid). La alimentación en más del 50% está estructurada en cinco ingestas.

El 84,5% ingiere algún alimento en el desayuno, pero destaca un 13,4% que no toma nada. Más del 50% de los niños/as dicen tener poco o ningún apetito al despertarse. El 97,9% cree que es importante desayunar en casa antes de ir al colegio.

Ven la televisión durante el desayuno y en la cena un 30% y un 16% desayunan en casa solos, mientras que el fin de semana más de 66% desayunan en familia. El 98,5% de los niños no toman agua en el desayuno. El 88,7% no toma fruta, el 43,3% no toma ningún cereal y un 2% toma bollería en el desayuno. Sólo el 14,7% de los niños realizan un desayuno adecuado (lácteos, cereales y fruta). Observamos la asociación positiva que existe entre el tiempo dedicado a desayunar y que éste sea más adecuado. El 43,8% dedica menos de 10 minutos, un 49% entre 10-20 minutos y sólo un 4,1% dedica 20 minutos o más. Destacar que más del 30% de los padres desconocen el horario del suplemento de media mañana que sus hijos/as realizan en el centro. El 66% de los niños toman suplementos a media mañana, mientras que un 19% no lo hace (4% enKid). Casi el 15% de los niños/as desayunan y meriendan solos, este porcentaje disminuye de manera significativa durante el fin de semana (4,6%). El 70% de los alumnos almuerzan en casa durante la semana escolar.

El 5,2% de los niños, han realizado en los últimos 12 meses una dieta especial, y un 2% por motivos de sobrepeso. El 95,4% responde que comer azúcar no es necesario para la salud.

El 46,9% de los niños tienen como actividad extraescolar algún deporte. El 35% no practica ningún deporte extraescolar. El 80% dedica más de 1 hora a estudiar y a hacer deberes. Un 10,8% manifiesta leer más de 1 hora diaria. Más del 70% dedican más de una hora diaria a ver la TV. Más del 66% no camina nada o menos de una hora diaria. Cabe destacar la baja percepción de la oficina de farmacia (2,6%) y del ayuntamiento (3,6%) como agentes promotores de educación nutricional.

4.- Discusión.

El 80% (46,9% de enKid) de los encuestados manifiestan que el colegio constituye el principal lugar donde han aprendido contenidos relacionados con la alimentación. Seguido de la familia en un 79,4% (55,7% de enKid) y del médico en un 39,2% (75,3% de enKid).

El 65% quiere recibir información sobre alimentación en el ámbito escolar frente al 47% de enKid, el 25% dicen que ya la reciben frente al 7% de enKid. Casi un 20% nunca lee la información nutricional de las etiquetas, un 36,8% en enKid. Más de 50% (60% enKid) tienen déficit de conocimientos en alimentos ricos en colesterol, vitamina C y calcio.

Casi el 90% opina que la alimentación infantil es un determinante de la salud en la edad adulta frente al 83% de enKid. El 76,3% considera que la alimentación es bastante adecuada y saludable frente al 65% de enKid.

El 74% opina que la publicidad es engañosa en ocasiones, frente al 36% a nivel nacional.

El 94,3% cree que es importante leer las etiquetas frente al 77,6% de enKid. Un 97,9% cree que es importante desayunar en casa antes de ir al colegio frente al 91% de enKid

Un 18,6% recibe dinero para comprar el desayuno antes de ir al colegio frente al 30% de enKid. El 30% de los escolares desayunan acompañados frente a más del 50% de enKid. Durante el fin de semana desayunan en familia el 66% (94,8%ENCA y el 30% enKid). Más del 68% de este colectivo manifiesta que es la madre la que adopta el rol de planificar la alimentación en casa (frente al 70%,

del estudio enKid). El 13,4% nunca desayunan en casa antes de ir al colegio frente al 8% del estudio enKid. El 75,8% toman el desayuno en casa (frente al 88% de enKid y 94,9% ENCA) Tan sólo el 14,7% de los niños consumen un desayuno completo (5% de enKid). El 66,3% no camina nada o menos de 60 minutos diarios (33,6% de la ENCA). Sólo el 13,9% cumple con caminar una hora diaria (66,4% de la ENCA).

5.- Implicación para la práctica clínica.

Los resultados ponen de relieve la necesidad de realizar comparaciones con otros colegios de la Zona de Salud de Arucas, con una propuesta que ayuden a equiparar los métodos de evaluación de los distintos parámetros analizados. Estas variables y otras relacionadas con el entorno físico y social donde se consumen los alimentos, determinan la calidad y se estructura de la alimentación. El profesional de enfermería, valorado en séptimo lugar (14,9%), como fuente de formación, tiene una oportunidad de llevar a cabo una estrategia de educación y promoción de la salud a nivel comunitario, rentabilizando el potencial de todos los agentes sociales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

- Aranceta J. Tendencias de consumo, hábitos alimentarios y estado nutricional de la población escolar de Bilbao. Tesis Doctoral. Universidad del país Vasco, Bilbao, 1988.
- Aranceta J, Pérez C, Viladrich M, Santolaya J. Evaluación de una campaña de promoción del desayuno en el medio escolar. Arch Pediatr, 1989; 40:25-28.
- Frías y Palomino (2000). Promoción de salud. En: Frías Osuna, A. Salud Pública y educación para la Salud. 49-57. Barcelona. Masson
- Gavidia, V. y Rodes, M:J. (1988). La escuela Saludable, la Transversalidad y los Centros Escolares Promotores de Salud. Bordón, 50 (\$), 361-367
- Gracia M. Somos lo que Comemos. Estudios de alimentación y cultura en España. Ariel Antropología, Barcelona, 2002.
- Mataix J. Educación para la salud en material nutricional. En Sáenz de Buruaga J, González de Galdeano L, Goiriena de Gandarias JJ (dirs.). Los problemas de la nutrición en las sociedades desarrolladas. Salvat. Barcelona, 1988.
- Mataix J, Llopis J. Evaluación del estado nutricional. Nutrición y Salud Pública, Masson, Barcelona, 1995; 9: 73-89.
- Mendoza, R. y López, P. (1993). Escuelas generadoras de salud. Cuadernos de pedagogía, 214, 8-12.
- Salleras L. Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Díaz de Santos, Madrid, 1985.
- Serra Majem L, Ribas L, Castel V, Llorenas G y Salleras L. Consejo nutricional y alimentaria. Med Clin (Barc) 1994; 102 Supl 1: 93-99.
- Serra Majem L et al. Encuesta Nutricional de Canarias (1997-1998). Servicio Canario de la Salud; 2001
- Serra L, Aranceta J. Desayuno y equilibrio alimentario. Estudio enKid. Barcelona: Masson, 2000.
- Serra Majem L, Ribas Barba L, Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Saavedra Santana P, Peña Quintana L. Obesidad Infantil y juvenil en España. Resultados del estudio Enkid (1998-2000). Med Clin (Barc) 2003; 121 (19): 725-32.
- Proyecto Delta disponible en: www.gobiernodecanarias.org/sanidad/gc/noticias
- Proyecto Helena disponible en: www.helenastudy.com

POSTER 176**AUTORES/AUTHORS:**

kajal khodamoradi, mansooreh saidozakerin, marzieh shahabi, farideh yaghmaie, hamid alavi majd, ISLAMIC AZAD UNIVERSITY, TEHRAN MEDICAL BRANCH

TÍTULO/TITLE:

Determining and comparing Critical Thinking Skills of Nursing and Occupational therapy students

Objectives: Critical thinking is the main goal of university education and education of "critical thinking skills" has been considered as a priority in educational curriculum of universities. Training critical thinking leads to motivation for learning, problem solving skills, decision making, and creativity.

This descriptive Comparative study was conducted to determine and compare ?critical thinking skills? of first -and last term baccalaureate students of nursing and occupational therapy in medical universities of Tehran city (Shahid Beheshti, Tehran, and Iran) in the academic year of 2006.

Methods:

All 315 freshman and senior students in three medical universities in Tehran city including Shahid Beheshti, Tehran, and Iran were selected. In this study, the instrument of data collection was a questionnaire consisted of two parts:

Part I: demographic data of subjects, including: age, sex, marital status, work experience, computer knowledge, and participant in the Miscellaneous Classes.

Part II: was ?California critical thinking skills test, form B?. This questionnaire included 34 multiple choice questions in 5 sub skills: including: analysis, inference, evaluation, inductive reasoning, and deductive reasoning.

?walts and Basel content validity index" was used to determine content validity.

For this purpose questionnaire was presented to 8 faculty members of Nursing and Midwifery Universities of Shahid Beheshti and Tehran and 6 students who had the characteristics of subjects. Results of content validity showed that in general minimum credit of questions was 80% and the maximum was 87/96.

Then total comments of faculty members and students were collected and some questions were changed to improve the questionnaire, by this way face validity and content validity were determined.

Reliability: to determine the reliability of the questionnaire internal consistency and test-retest were used. For this purpose, 10 students selected from each discipline completed the questionnaire then with calculating (Cronbach?s alpha) internal consistency showed that correlation coefficient between sub skills and also total score of test has a significant and positive correlation (α =0/86). To determine test-retest, 10 students who selected for internal consistency, two weeks after the first time completed the questionnaire again and Pearson correlation coefficient between the two times of completion was measured($r=0/86$).

findings:

The findings of this study showed that among 315 students participating in research, the majority of students (78 percent) were studying nursing. Most students (127 person) were studying in Iran University. 53 percent of students were studying in first term. The most common age group (47% percent) was (18-19) years and the majority of students (71/2 percent) were female. Majority of research subjects (84/7 percent) were single and majority of research subjects (85/7 percent) have no history of experience and the most students used computer (54 percent). 69/2% percent of students did not participate in miscellaneous classes.

Findings showed a significant difference between total critical thinking scores of the first-and last-term students of nursing in shaheed beheshti university ($P < 0/04$) also there is a significant difference between analysis sub skill scores of the first-and last-term students of nursing in Iran university ($P < 0/001$).

In the occupation therapy students of Shaheed Beheshti and Iran universities, there was no significant difference between total critical thinking scores and sub skills of the first-and last-term students.

In addition no significant difference was found in total critical thinking scores of students in different disciplines and universities.

There was no significant relationship between the total critical thinking scores of the subjects and their age, sex, marital status, work experience, computer knowledge as well as participation in miscellaneous classes.

Discussion:

The results showed that only the mean scores of critical thinking in first and last- term students of nursing in Shaheed Beheshti University had significant difference ($P < 0/4$) but there was no significant difference between the total score of critical thinking in other 4 groups. The findings of this research had similarity with the results of Vagan (1997) study, while Sdlak (1997) and Lichtman and

colleagues (1996) found different results and average test scores of beginning and end course had significant differences So that the average test scores increased at the end of period ($P<0/007$) In this study, Kruskal Wallis test showed that there is no significant difference between total critical thinking scores of students in shaheed Beheshti, Tehran, and Iran universities, ($p=0/58$). Therefore maybe we can conclude that considering educational methods in different universities throughout Iran are the same, there are other factors than educational methods, educational majors and educational contents which are important in developing critical thinking abilities and recognition of them needs to more studies.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

References: - Blairs S , Neighbors M (2000) Use of the CCTDI in critical care orientation. The Journal of Continuing Education in Nursing. 31 (6) 251 ?256. - Girot E (2000) Graduate Nurses: Critical thinker or better decision maker? The Journal of Advanced Nursing Practice. 15 (3): 18 - 26. therapist students. The Journal of Physical Therapy Education.3-6. - Llichtman R,et al (1996) An evidence based project for evaluation strategies to improve knowledge acquisition and critical thinking performance in nurse-midwifery students. The Journal of Nurse-Midwifery & Woman?s Health. 48 (6): 455 - 463. - Mc Grath P (1999) Critical Thinking and Disposition. Canada: Alberta Co. - Morrison S , Free W.K (2001) Writing multiple-choice test items that promote and measure critical thinking. The Journal of Nursing Education. 40: 17 ? 26. Sedlac C (1997) ?A camparison of critical thinking ability between accelerate and traditional baccalaueate nursing students?.The Journal of Nursing Education.39(1):46-48. - Simpson E (2002) Critical thinking in nursing education. The Journal of Nursing Practice. 8 (2): 89 ? 98. - Smeltzer ST, Bare BG (2004). Brunner Suddarth?s Textbook of Medical Surgical Nursing. 9th ed. New York: Lippincott Co. - Stoner M (1999) Critical Thinking for Nursing.4 th ed, St Louis: Mosby Co. - Vaughan B (1997) Evaluation of critical thinking skills of baccalaureate nursing student. The Journal of Nursing Education. 36 (10): 485 - 488. - Yaghmaie F (1997) Factors Affectong The Used of Computerized Information Systems in Community Health. Public health doctoral dissertation. The University of Wollongong of Australia.

POSTER 182

AUTORES/AUTHORS:

Maryam Alsadat Motahari, Azam Alsadat Motahari, Soheila Mazloom Vajari, Islamic Azad University Lahijan Branch-Iran

TÍTULO/TITLE:

Evaluation of the mental health status of pregnant women.(Workplace: Islamic Azad University of Lahijan)

1. Objectives: Mental health problems such as depression and anxiety are very common during pregnancy in all parts of the world. One in three to one in five women in developing countries, and about one in ten in developed countries, have a significant mental health problem during pregnancy (1). Research has shown that pregnant women report more anxiety symptoms than nonpregnant women. (2). Pregnant women frequently face changes that occur in their lives, relationships and bodies as they move toward parenthood that can be challenging enough in a normal pregnancy and even more so in the face of depression, unresolved grief or loss, domestic violence, isolation, and other mental health issues (3). Women, especially those living in developing countries are more exposed to risk factors, which increase their susceptibility to develop mental health problems. Some of these include poor socioeconomic status, less valued social roles and status, unintended pregnancy and gender-based violence (4). Some recent findings show mental health disorders during pregnancy can have both physical and emotional consequences for mother and infant such as the following: low birth weight for baby, depression ? like symptoms in newborns, less optimal uterine blood flow, which may result in low birth weight or prematurely, increased risk of cranio-neural?crest formations, increased levels of stress hormones in mothers' plasma,???? (3). Mental health problems in mothers can lead to increased maternal mortality, both through adversely affecting physical health needs as well as more directly through suicide (1). The aim of the present study were to estimate the mental health status in a sample of pregnant women that referred to health- caring centers of Lahijan in Iran, and to examine their association with socio-demographic and obstetrics factors.

2. Methods: This research is a descriptive ? crosssectional study. The sample consisted of 172 pregnant women referred to health ?curing centers of Lahijan, chosen using simple random sampling. The data collection instrument included two questionnaires: the first one covered sample's demographic data and obstetric factors; second questionnaire was a general health questionnaire (GHQ-28), which assessed the mental status. Questionnaires were completed by the subjects. The 28-item version of the GHQ is the only version that provides subscale measures of more specific domains of psychopathology .As well as the global score, there are four subscales consisting of 7 items in each case, which are labeled Severe depression, Anxiety and insomnia, Somatization and Social dysfunction. (5) The data were analyzed by chi- square and t-test using Spss software package.

3. Findings: Result showed %30/6 samples were prone to mental health disorders, which included somatization disorder (% 41/6) , anxiety disorder (% 38/2) , social dysfunction (% 76/3) , depression disorder (% 11/6). The finding indicated a significant correlation between mental health status and some variable such as low family income, dwelling- place ownership, gestational age, lack of family support, Fear of childbirth, Marital problem, lack of Husband support.

4. Discussion: The findings showed that% 30/6 of women pregnant had mental health problems and mental health status was associated with low family income, dwelling- places no ownership. In similar study also have showed mental health disorders associate with socio-economic status (6). Pregnant women, especially those living in developing countries are more exposed to risk factors, which increase their susceptibility to develop mental health problems. Some of these include poor socioeconomic status (1). Mental health disorders also were associated with lack of family support, Fear of childbirth, marital problem, lack of Husband support. Moreover, relationships between pregnant women and their husbands undergo substantial changes. In other words, simple relationships between women and their husbands undergo a transformation in which the recognition that their husband and family members rather than parents is implanted (7). In present study, pregnant women become more psychologically unstable in the second and third trimester than in the first trimester. In similar study it also has showed (7).

According to the study result, midwives and health care workers' attention to psychological of pregnant women is one of the most important matter the should be emphasized. Therefore, integration of psychological counseling in prenatal care programs is recommended. Mental health approaches are simple to integrate into ongoing maternal health services and require strengthening of basic health-care systems (1). Healthcare providers working in sexual and reproductive health services and caring for pregnant women can be trained to recognize symptoms and signs suggestive of mental health problem and provide counseling to the women about stress as well as provide effective psychological support and other interventions. A small proportion of women with severe impairment in daily functioning would require specialist support and prescription of psychotropic medicines. Referral and a supervisory system will need to be put in place to ensure that appropriate support services are available.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries. Report of the WHO meeting. Geneva, World Health Organization, 2008.
2. Coleman V H , et al. Clinical approach to mental health issues among obstetrician ? gynecologists. Journal of obstetrics & Gynecology. 2006; 61(1): 51 ? 58.
- 3- Spitz A, Kelly J. The importance of maternal mental health during pregnancy. J of public health. 2004, 19(3): 153-155.
4. Prince M et al. No health without mental health. Lancet 2007; 370: 859-77.
- 5- Gibbons P, Arevalo HF, Monico M. Assessment of the factor structure and reliability of the 28 item version of the General Health Questionnaire (GHQ-28). International J of clinical and Health Psychology. 2004; 4 (2): 389 ? 398.
- 6- Cury AF, Menezes PR. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy. Journal of Arch Womens Ment Health, 2007 (10): 25-32.
7. Horiguchi F, Nozawa S .Pregnancy, Delivery and Mental Health .JMAJ,2002;45(5):214-221.

POSTER 183**AUTORES/AUTHORS:**

Babak Motamedi, Masood Safari, Ahmad Azin

TÍTULO/TITLE:

Situation and contributing factors of workplace violence among nurses in the health sector of Isfahan, Iran

Introduction

This research was conducted in Isfahan, Iran, aiming to explore the situation, contributing factors and management of workplace violence among the nurses in this health sector.

Method

Total samples of 250 nurses were recruited from all the health care services available in Isfahan, representing all branches of practice.

The subjects were recruited from all health care levels and all professions by cluster random sampling techniques. Health posts/centers, community hospitals, and private hospitals were randomly selected. The specific number of subjects was estimated from the number of patient beds available in the setting.

Thirty percent were recruited from hospitals equipped with more than 30 beds but less than 100 beds and 15 % from those with more than 100 beds.

For small hospitals equipped with less than 30 beds, the number of subjects varied from 5 to 10.

For the quantitative data, the researchers and/or the research assistants contacted the relevant authorities for permission to collect data. After that the researchers and/or research assistants distributed the questionnaires through accidental random sampling techniques. That is, the nurses who were available and accessible during that period were invited to participate in the study. To reduce biases, the accidental sampling techniques were explained in detail and justified. In the setting where the personnel were difficult to access, a person working there was invited to assist in distributing and collecting questionnaires. The procedures were explained to that person. For small workplaces in remote areas, the questionnaires were distributed and returned by mail. Nurses were asked a series of questions about their personal experience of workplace violence in addition to their views and perceptions of violence in the workplace more generally. This can include verbal aggression or abuse, threat or harassment as well as physical violence.

In the qualitative part aiming to verify the definition of workplace violence and other aspects, six groups were included (Registered nurses/midwives, technical nurses, practical nurses, nurse aids, and health workers).

Data from these groups were mostly obtained through 15 interviews consisting of 90 nurses recruited according to availability. The number of participants in each group varied from 3 to 9. Interviews were stopped when the obtained data became redundant. For the rest of the groups, data were obtained through formal individual interviews and occasionally informal interviews from 25 persons. Qualitative data were collected through interviews, with audiotape recording if permission was granted. Field-notes were taken as well.

Data Analysis

Quantitative data were analyzed by the SPSS 9.0 software program. The differences of the incidences of violence across various factors were analyzed through Chi-square. Qualitative data were analyzed by content analysis.

Results

The sample size was 250. Majority of the sample were female (65.7 %) and had up to 5 years? working experience. Most of the samples were single.

More than a half the sample (52%) had reported that they were victimized at least once in the previous year. Verbal abuse, the expression through words or verbal behaviors was found to be the most common type of workplace violence.

Among hospital nurses, those working in Psychiatry, Drug abuse and Screening units are more likely to report violence as a problem in their workplace.

A third of nurses who reported experience of workplace violence experienced physical violence or abuse. These incidents ranged from being kicked, bitten, punched, knifed and hit.

Sexual harassment was the least common type of workplace violence.

Females, younger nurses, working in night shifts, having physical contacts with patients, working in crowded units and poor working experience nurses were more likely to experience violence. The subjects with fewer years of working experience were more likely to

experience violence, especially verbal abuse, than those with more experience.

The subjects working in private organizations experienced violence significantly less than those working in the government health sectors.

It was found that the violence incidents were more prevalent among the nurses who reported that there had been a reduction in staff numbers in their workplaces.

It was found that there was no statistically significant difference in the experience of each type of violence across marital status, and ethnicity ($p > .05$).

Most respondents who experienced violence or abuse in the last year, reported patients as being the main perpetrators, followed by patient's family and/or relatives.

Other perpetrators included managers, other medical staff, nurses and the general public.

The psychological backgrounds of perpetrators are: Lack of emotional and moral maturity and control, anger management skills and stress releasing skills. Inability to pay for hospital bill, low social security conditions, were the indirect factors.

Conclusions

Improved training, better security measures, including provision of a safe environment to treat known or potentially violent patients were seen as crucial to reducing the incidence of violence against nursing staff.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

References 1-The Department of Welfare and Labor Protection, the Ministry of Labor and Social-Welfare (1999) the management of safety, occupational health, and workplace Surroundings 2- The Labor Protection Act, Enacted in 2008, Ministry of Labor and S-W. 3- Arnez, B. Arnez and I-L. Petterson, Violence in the nursing profession: occupational and lifestyle risk factors in Swedish nurses, Work and stress, , vol.10, N°2, 1996. 4- R. Anker, Gender and jobs, Sex segregation of occupations in the world, ILO, Geneva,1998 5-T.Cox. A. Griffith, S. Cox, Work-related stress in nursing: controlling the risk to health,ILO Working paper CONDI/T/WP.4/1996 6- D.McDonald and M. Brown, Indicators of Aggressive behavior, Report to the Ministerfor Health and Family Services from an Expert Working Group, Research and PublicPolicy Series, N° 8, Canberra, Australian Institute of Criminology, 1997 7-The Workplace Violence Research Institute, The cost of Workplace Violence to American Business, Palm Springs 1995

POSTER 185
AUTORES/AUTHORS:

Ramon Penha, Maria Júlia Silva

TÍTULO/TITLE:

The expression of the spiritual dimension of nursing care in a Brazilian Intensive Care Unit: a communicational study

The dimensions of nursing care are so broad as the dimensions of the human being. In this sense, recognition of needs, fundamental work in nursing, occurs through mechanisms of communication, whether personal or collective, verbal or non-verbal. This work investigated the expression of spiritual dimension of nursing care in the Intensive Care Unit. Aims: to determine the means by which the team identifies the spiritual dimension of care, explore whether there is relationship, the perception of professional nursing, and the expression of interpersonal communication and identifying patient's spiritual needs. Methodology: This was an exploratory-descriptive study and data collection made from semi-structured interviews with thirty-four professionals from the nursing staff of a large public hospital in São Paulo city, Brazil. The content analysis and observation of non-verbal signals was the methodology reference used for the treatment of data. As theoretical framework, was adopted in this study the transpersonal caring theory, developed by Jean Watson and the concepts of human communication proposed by Silva. Results: The analysis of discourse of research subjects, emerged a first category of analysis including: forms of perception of spiritual needs and religious needs of patients, divided into subcategories: the verbal and the non-verbal, and the family history of Nursing. A second category could be identified in order to express the relationship between interpersonal communication and the identification of spiritual needs, which are subcategories belonging: the mechanistic relationship; verbal and non-verbal relationship. Discussion and Considerations for Clinical Practice: The study showed that professionals make use of verbal and non-verbal communication resources, especially for access to the religious, and in some cases, spiritual dimensions. However, the mechanism and the daily verbal relations negatively influence the identification of patients spiritual needs since they are factors limiting the proximity of human relations, especially when it comes to severe patients. The family historical of nursing and were presented as elements for supplying data on the religious beliefs of patients. The study concluded that, communication, verbal and non-verbal, is the main vehicle for expression of spirituality, however, the communicative process has been established from specific systems of beliefs that influence the quality of the care and spiritual attention. The study concluded that access to patient's spiritual dimension requires an understanding that this dimension is expressed by communicative phenomena perceived more efficiently when higher levels of consciousness, where the senses, the touch, sounds, words, colors and shapes are captured in dynamized frequencies by the desire to understand the other in their individuality.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Araújo M.M.T. & Silva M.J.P. (2004) Communication with dying patients: perception of intensive care units nurses in Brazil. *Journal of Clinical Nursing* 13(2), 143-9. Bardin L. (1977) Content Analysis. Edições 70, Lisboa. Barnard A. (1997) A critical review of the belief that technology is a neutral object and nurses are its master. *Journal of Advanced Nursing* 26(1), 126-31. Cavendish R., Luise B.K., Russo D., Mitzeliotis C., Bauer M., Bajo M.A.M., Calvino C., Horne K. & Medefindt J. (2004) Spiritual perspectives of nurses in the United States relevant for education and practice. *Western Journal of Nursing Research* 26(2), 196-212. Dyson J. & Cobb M. (1997) The meaning of spirituality: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 26(6), 1183-8. Fleck M.P.A., Borges Z.N., Bolognesi G. & Rocha N.S. (2003) Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública* 37(4), 446-53. Gonçalves L.A. & Padilha K.G. (2007) Factors associated with nursing workload in adult intensive care units. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 41(4), 645-52. Koenig H.G. (2005) Religion, spirituality and medicine: the beginning of a new era. *Southern Medical Journal* 98(12), 1235-6. Le Gall J.R. (2005) The use of severity scores in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine* 31(12), 1618-23. Martsof D.S. & Mickley J.R. (1998) The concept of spirituality in nursing theories: differing world-views and extent of focus. *Journal of Advanced Nursing* 27, 294-303. Penha R.M. & Silva M.J.P. (2009) From sensitive to intelligible: new communicational ways in healthcare with the study of quantum theory. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 43(1), 208-14. Ross L. (1994) Spiritual aspects of nursing. *Journal of Advanced Nursing* 19(3), 439-47. Ross L. (1997) Elderly patient's perceptions of their spiritual needs and care: a pilot study. *Journal of Advanced Nursing* 26(4), 710-15. Ross L. (2006) Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. *Journal of Clinical Nursing* 15(7), 852-62. Sawatzky R. & Pesut B. (2005) Attributes of spiritual care in nursing practice. *Journal of Holistic Nursing* 23(1), 9-33. Silva M.J.P. (1996) Comunicação tem Remédio: a comunicação nas relações interpessoais em Saúde. Gente, São Paulo. Watson J. (1988) Nursing: human science and human care: a theory of nursing.

National League for Nursing, New York.

POSTER 186**AUTORES/AUTHORS:**

Ana Paula Prata, Célia Santos, Margarida Reis Santos

TÍTULO/TITLE:

INFLUENCE OF SELF-EFFICACY IN BIRTH EXPERIENCE

INTRODUCTION

Preparation for childbirth is part of the prenatal routine and has as its main aims the teaching of coping strategies appropriate to labor control. In recent years, has been implemented in health institutions in Portugal, however, there has been an increase in requests for epidural. And despite the epidural is a good method of pain relief, its use does not imply greater satisfaction with birth experience. Self-efficacy was discussed and implemented in a lot of research on maternal confidence and result of childbirth. Understand the perception of woman's perception of self-efficacy during pregnancy, may help nurse midwives to prepare women for childbirth properly and, therefore, promote a positive experience and better bonding mother-child.

AIMS

The main objectives of this study are to analyze birth experience and to analyze interventions to promote self-efficacy

METHODS

We carried out a qualitative exploratory study in the domain of the social sciences.

It was done a review of the literature and exploratory interviews to women in postpartum, between March and April 2009. In accordance with the recommended by the Helsinki Declaration World Medical Association (Helsinki, 1964; Tóquio, 1975; Veneza, 1983), all participants have signed an informed consent form. The interviews were semi structured, tape recorded and transcribed. Transcriptions were double-checked with the original tape to ensure accuracy. A content analysis was performed on the speech produced by the women.

Sample of 25 women over 20 years-old. Age group between 27 and 42 (average: 32, std. deviation: 4.8), 46.2% have a university degree and 38.5% completed compulsory education (9th grade); 21% are unemployed; 69% are multigeste; 54% have attended childbirth classes. The women were hospitalized in the Puerperium ward of a reference Hospital in the North of Portugal and were interviewed at the day of medical discharge. Most (93%) had a vaginal labor and 62% had epidural anesthesia.

RESULTS

Regarding the birth experience, 64% of the women said that they had a positive experience. However, there is a highly number of women (36%) who said that they had a negative experience. Concerning the nursing interventions to promote self-efficacy, all the women mentioned breathing and childbirth information, as well as the possibility of having a significant person present as necessary to increased self-efficacy; support from healthcare professionals, watching childbirth videos, and knowing people who had a positive experience were also considered by women (15) as essential interventions.

DISCUSSION

Although most inquired women said that they had a positive birth experience, a highly number (36%) considered the experience negative. This result is viewed as an important element for the performance of nurse midwives, since the impact of the birth experience is often lived and still active, even after fifteen to twenty years (Simkin, 1991, quoted by Stern, 1997; Figueiredo et al., 2002). Thus, positive or negative birth experiences may have a deep effect in a woman's memory, influencing subsequent experiences, and leading a woman who suffered from a negative experience to be less available to bond emotionally with the baby, because labor was felt as a traumatic event. Several studies indicate that self-efficacy during childbirth influences the way it is perceived (Manning & Wright, 1983; Lowe, 1989, 1991, 1993; Drummond & Rickwood, 1997).

Concerning interventions to promote self-efficacy, the results are according to the multiple conducted studies, stating that verbal persuasion (information on the childbirth process and support from healthcare professionals) and vicarial experience (watching childbirth videos and knowing people who have mentioned a positive childbirth experience) are determinant to self-efficacy (Bandura, 1977; Zinken, Cradock & Skinner, 2008).

Strong beliefs to exercise effective control over physical condition itself serve as psychological prognosis, indicator of the operating staff level on health (Salvetti & Pimenta, 2007).

Manning & Wright (1983), refer to after knowing the effect of self-efficacy on pain associated with labor, in childbirth classes, as well as appropriate to disseminate information about labor pain relief options; to discuss and encourage social support; develop abilities and coping strategies and to encourage women to be active participants in childbirth, we should also incorporate and reinforce the self-efficacy theory in curriculum, in order to increase the effectiveness of these lessons.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

REFERENCES

- Bandura, A. (1977) - Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, v. 84: (2), p. 191-215.
- Drummond, J.; Rickwood, D. (1997) - Childbirth confidence: validating the Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI) in an Australian sample. *Journal of Advanced Nursing* 26, 613-622.
- Figueiredo, B.; Costa, R.; Pacheco, A. (2002)- Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica* 2 (XX), 203-217.
- Lowe, N. K. (1989) - Explaining the pain of active labour: the importance of maternal confidence. *Research in Nursing and Health* 12, 237-245.
- Lowe, N. K. (1991) - Maternal confidence in coping with labour. A self-efficacy concept. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 20, 457 - 463.
- Lowe, N. K. (1993) - Maternal confidence for labour: Development of the childbirth self-efficacy inventory. *Research in Nursing and Health* 16, 141-149.
- Manning, M. M.; Wright, T. L. (1983) - Self-efficacy expectancies, outcome expectancies, and the persistence of pain control in childbirth. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 421 - 431.
- Salvetti, M.G.; Pimenta, C.A.M. (2007) ? Dor crónica e a crença de auto-eficácia. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 41(1): 135-40
- Stern, D. (1997) - Maternal confidence for labor and the use of epidural anesthesia. *International Journal of Childbirth Education*, 12 (3): 34-8 (journal article - research, tables/charts) CINAHL AN: 1998016256
- Zinken, K. M.; Cradock, S.; Skinner, T. C. (2008) - Analysis System for Self-Efficacy Training (ASSET): Assessing treatment fidelity of self-management interventions. *Patient Education and Counseling* 72, 186-193.

POSTER 187

AUTORES/AUTHORS:

Claudia Regina de Souza Santos, Vera Lucia Conceição Gouveia Santos

TÍTULO/TITLE:

Prevalence of Urinary and Anal Incontinence in Pouso Alegre ? Minas Gerais - Brazil

Introduction

The International Continence Society¹ defines the urinary incontinence (UI) as "the complaint of any involuntary loss of urine" and anal incontinence as "any loss of feces and or flatus?". Studies show high prevalence for urinary incontinence (up to 35%), and for anal incontinence (up to 33%). National researches are scarce and use distinct methodologies being very limited the population based ones. There are no studies investigating simultaneously both types of incontinenes, urinary and fecal, isolated and combined on general population, justifying the need and relevance of this study.

Aims

- ? To identify and analyze the prevalence of urinary incontinence (UI), fecal incontinence (FI) and combined incontinence (CI) in adults of urban area in Pouso Alegre city, Minas Gerais ? Brazil;
- ? To analyze the demographic and clinical predictors of urinary and fecal incontinence in such population.

Methodology

- ? Study type: epidemiologic and cross sectional
- ? Local: Pouso Alegre city/ Minas Gerais state/ Brazil
- ? Ethics Committee: approved by the Ethics Committee of Nursing School, University of São Paulo
- ? Population/sample:

Randomized through conglomerate sampling. 519 individuals, aging 18 years old with adequate mental and physical conditions and who have accepted to take part in this investigation.

? Instruments for data collecting:

demographic and clinical data, characteristics of UI (Menezes, Hashimoto and Santos 2008)² and the subscale presence of fecal incontinence, from The Bowel function in the community tool, adapted and validated by Domansky and Santos 2007 for Brazilian culture)³.

? Data analysis: Qui-square test, Hosmer Lemeshow and multivariate logistic regression (stepwise).

? Prevalence was standardized by gender and age.

Results

The sample of the study was composed predominantly by women (342/ 65.9%), aged between 40 and 59 years (197 / 38.0%), Caucasians (436 / 84.0%), with basic education and illiterate (321/ 61.8%), married (298/ 57.4%). Cystocele (29/ 8.5%) and perineoplasty (26/ 7.6%) for women, and hemorrhoid disease (7/ 4.0%), and hemorrhoidectomy (5/ 2.9%) for men were the most frequent clinical conditions, respectively. 237 (69.3%) women had between 1 and 4 children, and 149 (42.3%) from 1 to 4 normal deliveries regarding the reproductive life.

Table 1. Standardized prevalence by gender and age.

Standardized prevalence

Incontinence type

Male

Female

General

Urinary incontinence	6.2 %	32.9 %	20.1 %
Incontinence for feces	3.1 %	4.2 %	3.5 %
Incontinence for flatus	4.0 %	4.0 %	4.0 %
Anal incontinence (feces + flatus)	7.0 %	7.0 %	7.0 %
Combined incontinence	1.0 %	5.0 %	3.0 %

Table 2. Predictors for Urinary Incontinence (logistical regression ? final model)

Multiple regression	Odds Ratio	(95%) IC	(95%) p
Lower	Upper		
Time of loss			
≥ 6 anos	3.378	29.312 16.513 35.605	0.000
Diabetes mellitus (DM)	2.875	17.728 14.742 21.320	0.000
Encefalic vascular accident (EVA)	2.767	15.908 11.447 22.108	0.000
Cystocele	2.527	12.517 9.003 17.402	0.000

R2=0,863

Table 3. Predictors for Fecal Incontinence (logistical regression ? final model).

Multiple regression	Odds Ratio	(95%) IC	(95%) p
Lower	Upper		
Number of children			
9 - 18	1.633	5.118 3.893 6.729	0.000
Hemorrhoid disease	1.490	4.437 3.499 5.627	0.000
Cystocele	1.131	3.099 2.237 4.439	0.000

R2 = 0, 475

Table 4. Predictors for Combined Incontinence (logistical regression ? final model).

Multiple regression	Odds Ratio	(95%) IC	(95%) P
Lower	Upper		
Changes in life-style			
Leaving home	4.130	62.173 60.373 64.027	0.000
Time to loss of feces			
≥ 5 years	3.668	39.173 11.527 41.622	0.000
Female	3.073	21.611 20.939 22.304	0.000
Marital status			
Widower	2.963	19.362 18.576 20.180	0.000

R2 = 0,706

Discussion

Similar results were found for UI, 24% for general population, greater for women (38%)⁴. For FI, authors observed lower values (1.4%)⁵, compared to our results. For CI, another study obtained 4.8%, predominating in women and widows⁶. Elderly suffering of CI can be beneficiated with the nearest assistance, easy toilet access⁷ and hygienic-dietetic measures. Primary and secondary prevention programs related to pregnancy, to childbirth and puerperal period must be implemented because they are the most affected by UI and CI, being therefore, the population at risk.

Conclusion and Recommendations

? Standardized prevalence was 20.1% for UI; 7.0% for FI and 3.0% for CI.

? During home visits, the approach for questioning about urinary and fecal losses caused shame, astonishment e embarrassment in some people. Even partners did not know some intimate aspects of the interview.

? As this is the first study about all types of incontinences in Brazilian based population, the authors recommend its reproduction in another communities in the country. They could also contribute to improve the data and analysis about male sex because 30% of approached men refused to participate on the research (which is considered a limitation of the study).

? The education and support to elderly, institutionalized or not, their relatives and care takers are fundamental measures to reduce such occurrences.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. Third International Consultation on Incontinence, Edition 2005. International Continence Society. Monte Carlo: Mônaco: 26-29 June; 2005. [CD-rom]
2. Menezes MAJ, Hashimoto SY, Santos VLCG. Prevalence of urinary incontinence in a community sample from the city of São Paulo. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2009;36(4):436-440.
3. Domansky RC, Santos VLC. Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Portuguese Version of the Bowel Function in the Community Instrument. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2007;34(6):671-677.
4. Marosszeky N, Sansoni J, Hawthorne G, Sansoni E, Moore K. The assessment of two brief, self-report measures of urinary incontinence: results from a community population survey. In: *Annals of the International Continence Society 37th Annual Meeting; 2007; august. 20-24; Rotterdam, Netherlands [event on the internet]. Available from: www.icsoffice.org/publication/2007*
5. Perry S, Shaw C, McGrother C, Matthews RJ, Assassa RP, Dallosso H et al. Prevalence of faecal incontinence in adults aged 40 years or more living in the community. *Gut.* 2002;50(4): 480-4.
6. Avery JC, Gill TK, Maclennan AH, Chittleborough CR, Grant JF, Taylor AW. The impact of incontinence on health-related quality of life in a South Australian population sample. *Aust N Z J Public Health.* 2004;28(2): 173-9.
7. Schnelle JF, Leung FW. Urinary and fecal incontinence in nursing homes. *Gastroenterology* 2004; 126(1 Suppl 1): 41- 7.

POSTER 201**AUTORES/AUTHORS:**

M^a Luisa González Valdes, Beatriz Diez Bayón, Josefina Lobato Martin, M^a Amor Alonso González, Carmen Zapico Bayón, Alberto García Ferreras, Luis Miguel Alonso Suarez, Laura Gómez del Campo

TÍTULO/TITLE:

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE FLEBITIS EN PACIENTES NO QUIRÚRGICOS.

1 OBJETIVO:

A .Objetivo General.

-Identificar la incidencia de las flebitis asociadas a dispositivos entre pacientes no quirúrgicos

B. Objetivos Específicos.

-Conocer las tasas de flebitis asociadas a dispositivos intravenosos entre los pacientes hospitalizados en el área médica.
-Identificar la posible influencia del tiempo de utilización del dispositivo, el tipo de dispositivo, la edad y el sexo, con la adquisición de flebitis.

-Diferenciar las flebitis químicas, mecánicas e infecciosas.

2. METODOLOGÍA:

Realizamos una búsqueda exhaustiva de la bibliografía existente, aplicando una metodología formal y explícita para localizar, seleccionar, analizar y sintetizar los resultados de investigaciones previas. Se seleccionó una metodología científicamente probada y desarrollada en estudios similares, que define:

A . Tipo de Estudio.- Estudio Epidemiológico, Descriptivo.

B. Ámbito de la Investigación:

B1. Ámbito Poblacional.- Pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna (planta 3^a, Edificio Virgen Blanca) del Hospital de León, a los que durante su estancia se les implantó algún dispositivo intravenoso.

B2. Ámbito Temporal.- Abril y Mayo de 2008 (dos meses)

C. Método de Recogida de Datos.- Atendiendo a los objetivos propuestos y a la población objeto de estudio, consideramos que la forma adecuada de recoger la información necesaria era a través de un registro durante dos meses (abril y mayo de 2008) de todos los casos de inserción de dispositivos intravenosos, y el seguimiento de los mismos y circunstancias de su mantenimiento. Las etapas seguidas fueron:

C1. Selección de la muestra.- Se incluyeron en el estudio todos los pacientes que a su ingreso eran portadores de un dispositivo intravenoso.

También se incluyeron en el estudio todos los pacientes a los que durante su estancia se les insertó algún tipo de dispositivo intravenoso.

C2. Planificación y Elaboración del Registro de Datos.- Un paso importante fue la elaboración de un modelo de registro que recogía de forma concreta y operativa todos los datos relativos a la instauración y mantenimiento, hasta su retirada de todos los dispositivos intravenosos, así como los signos de cualquier patología derivada, bacteriemia asociada al dispositivo, flebitis infecciosa, flebitis química o flebitis mecánica.

C3. Trabajo de Campo.- Se adiestró al equipo de trabajo en los criterios establecidos en el protocolo de recogida de datos, y se inició el mismo en la unidad de Medicina Interna (planta 3^a) del edificio Virgen Blanca.

Los miembros del equipo dispusieron de un registro en soporte papel para recoger diariamente los datos requeridos de cada paciente con dispositivo intravenoso, realizando un seguimiento periódico hasta pasadas un mínimo de 72 horas de la retirada del dispositivo.

Cada registro individual se dio por concluido después de transcurridas 72 horas desde que al paciente se le retiró el dispositivo, cuando al paciente se le dio el alta siendo portador de un dispositivo, o causó fallecimiento.

Los registros concluidos fueron informatizados en un soporte de base de datos.

D. Análisis de la Información.-

D1. Preparación de los Datos.- En primer lugar se procedió a una revisión de los registros, con el fin de identificar y corregir los posibles errores que pudieran existir. En este proceso se analizan los registros buscando posibles anomalías. Para proceder al análisis de datos se realizaron bases de datos Access, incluyendo las distintas variables contempladas en el registro.

D2. Análisis Estadístico.- El tratamiento estadístico de los datos, que se realizará mediante la hoja de cálculo Excel, Bases de datos Access, y paquetes estadísticos.

3. RESULTADOS:

Se incluyeron en el estudio a un total de 252 pacientes, de los cuales 148 (58,7%) eran hombres y 104 (41,3%) mujeres.

La edad media de los pacientes incluidos en el estudio era de 72 años.

En total se han puesto 475 dispositivos intravenosos, de los cuales casi la totalidad (99,4%) han sido de vía periférica.

La media de dispositivo intravenoso por paciente estudiado es de 1,9.

Un 91,3% de los pacientes ingresados en nuestra planta eran portadores de un dispositivo intravenoso.

A ninguno de los pacientes estudiados se les registró la aplicación de NTP.

Se registró el total de días de utilización de dispositivos intravenosos por parte de los pacientes estudiados, consignando 2.313 días, con una media de utilización de cada dispositivo intravenoso de 4,9 días. Siendo para los dispositivos de vía periférica una media de 4,9 días de utilización, y para los dispositivos de vía central una media de 3,3 días de utilización, un tiempo bastante reducido para la media usual en este tipo de dispositivos, justificada solo por el tipo de pacientes en el servicio médico estudiado, siendo todos los dispositivos venosos centrales de inserción periférica (drum).

Los motivos de retirada de los distintos dispositivos intravenosos cabe destacar que el 60,1% de los casos no cursa con clínica ni patología y en un 39,9% el motivo de retirada ha cursado con signos patológicos entre los cuales la extravasación es el más frecuente (20,9%), así como el dolor (14,4%).

De acuerdo a los criterios de diagnóstico establecidos se identificaron un total de 60 flebitis, de las cuales 19 se identificaron como mecánicas, 31 como químicas y 10 como infecciosas. La tasa de flebitis en relación con los dispositivos venosos utilizados es del 12,6% globalmente, correspondiendo un 4% a las flebitis mecánicas, un 6,5% a las flebitis químicas y un 2,1% a las flebitis infecciosas.

En relación con el sexo de los pacientes comprobamos que en los varones la tasa de flebitis por dispositivo venoso (10,4%) es inferior que entre la mujeres (15,9%). Encontramos las mayores diferencias en las flebitis infecciosas y químicas, que en las mujeres se duplica (3,1% y 4,3% respectivamente) con relación a los hombres (1,4% y 4,3% respectivamente). Y en las flebitis mecánicas los varones presentan una tasa ligeramente superior a las mujeres.

Así mismo las flebitis en dispositivos venosos centrales tienen tasas superiores los hombres.

Analizando las flebitis en relación con el tipo de dispositivo intravenoso, señalar que la tasa de flebitis en dispositivos de vía periférica es de 12,5%, mientras que la tasa en dispositivos de vía central es de 33,3%.

Teniendo en cuenta la edad de los pacientes incluidos en el estudio, no cabe destacar incidencia alguna de la edad en los casos de flebitis.

Las flebitis infecciosas en las que se identificó al agente causal, fue en todas el *Staphilococo Epidermidis*.

4 DISCUSIÓN:

La muestra, tanto al respecto de número de pacientes incluidos (252), como número de dispositivos intravenosos (475), es suficientemente representativa y superior (2 veces mayor) a la mayoría de los estudios similares realizados tanto en nuestro país como internacionalmente.

El género de los pacientes (58,7% hombres y 41,3% mujeres) y la edad media de los mismos (72 años), es más elevada que en otros estudios similares con pacientes quirúrgicos.

El dispositivo venoso periférico el de mayor proporción (99,4%), dadas las características del Servicio Médico estudiado (Medicina

Interna) la utilización y registro de dispositivos venosos centrales (0,6%) es casi irrelevante en relación con otros estudios con pacientes quirúrgicos.

La utilización media de los dispositivos venosos centrales es de 3,3 días, es más baja de lo normal en este tipo de dispositivos, mientras que la de los dispositivos venosos periféricos es de 4,9 días, tiempo prácticamente en los límites de las recomendaciones de diversos protocolos al respecto.

En un 39,9 de los casos el motivo de retirada del dispositivo venoso tenía un origen patológico, siendo el de mayor proporción la extravasación (20,9%).

Respecto al tipo de flebitis la tasa más elevada se corresponde a las flebitis químicas (6,5%), seguida de las mecánicas (4%) y las infecciosas (2,1%). Destacando que en estudios similares normalmente la flebitis mecánica es la de mayor incidencia.

La principal patología registrada entre los pacientes con flebitis, fue la insuficiencia cardíaca y la anemia (14,8% cada una).

En cuanto al tipo de dispositivo, la tasa de flebitis en dispositivos venosos periféricos es del 12,5%, mientras que en los dispositivos venosos centrales es del 33,3%. Destacando que mientras la tasa de flebitis en dispositivos periféricos es significativamente más baja que en otros estudios, la tasa en dispositivos centrales es más elevada, a pesar de contar con una muestra pequeña, lo que sugiere una revisión del cumplimiento del protocolo de inserción y cuidados de este tipo de dispositivo, poco habitual en servicios de Medicina Interna.

Por las características del servicio estudiado no se registró el uso de NTP en ningún paciente durante la realización del estudio.

Destacar que los hombres presentan el doble de flebitis mecánicas que las mujeres, estas tienen una tasa más alta de flebitis químicas e infecciosas en una proporción de 60 a 40.

Finalmente y atendiendo a los datos y factores constatados en el presente estudio, así como los resultados de estudios similares y controles de observancia de protocolos y medidas de asepsia realizados en este Centro (adhesión a los protocolos de higiene de manos de un 30%) creemos necesario reforzar las medidas para obtener una mayor adhesión a los protocolos de inserción y mantenimientos de dispositivos de vías venosas, de terapias intravenosas y de higiene de manos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Alba Fernández M.V.; Ruiz Fuentes N. (2004). Muestreo Estadístico. Oviedo: Ed. Septem Ediciones. Azorín F.; Sánchez-Crespo J.L. (1986). Métodos y aplicaciones del muestreo. Madrid: Ed. Alianza Universidad. Bolúmar Montrull F, Reblagiato Ruso M, Torres Cantero AM. (2001). Estrategias de diseño epidemiológico. Tipos de estudios. En Piédrola Gil G, del Rey Calero J, Domínguez Carmona M et al, (eds) Medicina Preventiva y Salud Pública. 10ª ed., Barcelona, Masson, pp.79-86. Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Ley 16/2003) de 28 de Mayo. Boletín Oficial del Estado nº 128, de 29 de mayo de 2003. Rodríguez Aralejo J, Fernández-Criquet Navajas J, Domínguez Rojas V. (2001) Aspectos éticos y legales de la investigación en salud pública. 10ª ed. Barcelona, Masson, pp. 209-217. Silva L.C. (1993). Muestreo para la investigación en ciencias de la salud. Madrid: Ed. Díaz de Santos, S.A. Leandro Pardo P. y otros (2004). Complicaciones de accesos venosos periféricos. Chaco (Argentina). Revista de Posgrado de 16 a VIa Cátedra de Medicina-Nº 163- Noviembre 2006. Instituto Joanna Briggs (1988). Manejo de los dispositivos intravasculares periféricos. Best Practice 1988. Volumen 1, nº 2. North Terrace, South Australia. Flebitis Pospunción. Estudio en un área quirúrgica. Revista Rol de Enfermería nº 217. Catéteres venosos de acceso periférico. Revista Rol de Enfermería nº 229. García Perea D.; Clavijo Ledesma MJ.; Suárez Barrenechea A.I. Estudio de infecciones derivadas de su utilización y análisis de los factores predisponentes. Medicina Clínica. 1994. Varela Martínez I.J y otros (1997) Flebitis en terapia intermedia. Estudio en 2 meses. Revista Cubana de Enfermería 1999, nº 15, Cienfuegos. Cuba. Moya Palma F.; Cabrera Ayala A. (1998) Frecuencia de flebitis en pacientes con terapia intravenosas. Colegio de Enfermería de Málaga.1988. Ruiz- Laiglesia F.J; Torrubia Pérez C.; Ruiz- Laiglesia J.E. Prevención con nitritos percutáneos de las flebitis debida a catéteres venosos periféricos. Revista Iberoamericana de Trombosis y Hemostasia.1996. Recio J.; Alegre J.; Len O.; Fernández de Sevilla T. Flebitis en catéteres venosos periféricos. Medicina Clínica. 1997. García Abad I.; Gálvez M.L.; Estudio de la incidencia de flebitis en enfermos portadores de catéteres periféricos (cvp). 2000.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. Cardiovascular Nursing 2000.

ÍNDICE / INDEX

Mesa de comunicaciones 1: Cuidadores Concurrent session 1: Caregivers	p. 1
Mesa de comunicaciones 2: Cáncer Concurrent session 2: Cancer.....	p. 8
Mesa de comunicaciones 3: Promoción de la salud / Salud infantil Concurrent session 3: Health promotion / Infant health.....	p. 19
Mesa de comunicaciones 4: Docencia Concurrent session 4: Nursing education	p. 26
Sesión plenaria: Cuidados de salud mental Plenary session: Mental Health Care.....	p. 30
Mesa de comunicaciones 5: Cuidados crónicos Concurrent session 5: Chronic care.....	p. 39
Mesa de comunicaciones 6: Personas mayores Concurrent session 6: Elderly	p. 45
Mesa de comunicaciones 7: Docencia / Profesión Concurrent session 7: Nursing education / Nursing profession.....	p. 67
Mesa de comunicaciones 8: Cuidados en niños, adolescentes y jóvenes Concurrent session 8: Infant, adolescent and young care.....	p. 72
Mesa de comunicaciones 9: Salud materno-infantil Concurrent session 9: Mother and children care	p. 85
Mesa de comunicaciones 10: Práctica clínica Concurrent session 10: Clinical practice.....	p. 101
Mesa de comunicaciones 11: Promoción de la salud Concurrent session 11: Health promotion	p. 118
Mesa de comunicaciones 12: Salud mental / Personas mayores Concurrent session 12: Mental health / Elderly	p. 143
Mesa de comunicaciones 13: Metodología / EBP Concurrent session 13: Methodology / EBP	p. 151
Mesa de comunicaciones 14: Práctica clínica Concurrent session 14: Clinical practice.....	p. 159
Mesa de comunicaciones 15: Práctica clínica Concurrent session 15: Clinical practice.....	p. 178
Mesa de comunicaciones 16: Salud materno-infantil Concurrent session 16: Mother and children care	p. 191
Mesa de comunicaciones 17: Profesión / Gestión Concurrent session 17: Nursing profession / Management	p. 207
Mesa de comunicaciones 18: Docencia Concurrent session 18: Nursing education	p. 222
Mesa de comunicaciones 19: Profesión / Gestión Concurrent session 19: Nursing profession / Management	p. 230
Mesa de comunicaciones 20: Promoción de la salud Concurrent session 20: Health promotion	p. 234
Mesa de comunicaciones 21: Cuidados crónicos Concurrent session 21: Chronic care	p. 255
Mesa de comunicaciones 22: Cuidados críticos Concurrent session 22: Critical care	p. 262
POSTER 2.....	p. 267
POSTER 5.....	p. 269
POSTER 6.....	p. 271
POSTER 10.....	p. 273
POSTER 11.....	p. 275
POSTER 12.....	p. 277
POSTER 14.....	p. 279
POSTER 15.....	p. 281
POSTER 16.....	p. 283
POSTER 18.....	p. 286
POSTER 19.....	p. 288
POSTER 20.....	p. 290
POSTER 22.....	p. 291
POSTER 24.....	p. 293
POSTER 25.....	p. 294
POSTER 26.....	p. 296
POSTER 27.....	p. 297
POSTER 29.....	p. 298

POSTER 30.....	p. 300
POSTER 32.....	p. 302
POSTER 33.....	p. 304
POSTER 35.....	p. 306
POSTER 36.....	p. 308
POSTER 37.....	p. 311
POSTER 39.....	p. 314
POSTER 40.....	p. 316
POSTER 41.....	p. 318
POSTER 42.....	p. 320
POSTER 43.....	p. 322
POSTER 44.....	p. 324
POSTER 46.....	p. 326
POSTER 51.....	p. 327
POSTER 52.....	p. 329
POSTER 53.....	p. 331
POSTER 54.....	p. 335
POSTER 55.....	p. 337
POSTER 56.....	p. 339
POSTER 59.....	p. 342
POSTER 60.....	p. 344
POSTER 61.....	p. 346
POSTER 63.....	p. 348
POSTER 64.....	p. 351
POSTER 64.....	p. 354
POSTER 65.....	p. 357
POSTER 66.....	p. 360
POSTER 67.....	p. 362
POSTER 68.....	p. 364
POSTER 69.....	p. 366
POSTER 70.....	p. 367
POSTER 72.....	p. 369
POSTER 74.....	p. 371
POSTER 75.....	p. 373
POSTER 77.....	p. 375
POSTER 80.....	p. 378
POSTER 81.....	p. 380
POSTER 82.....	p. 381
POSTER 83.....	p. 383
POSTER 84.....	p. 384
POSTER 85.....	p. 386
POSTER 87.....	p. 389
POSTER 88.....	p. 391
POSTER 89.....	p. 393

POSTER 90.....	p. 396
POSTER 93.....	p. 398
POSTER 95.....	p. 400
POSTER 98.....	p. 402
POSTER 99.....	p. 404
POSTER 104.....	p. 406
POSTER 106.....	p. 408
POSTER 107.....	p. 410
POSTER 110.....	p. 414
POSTER 111.....	p. 416
POSTER 112.....	p. 418
POSTER 113.....	p. 420
POSTER 114.....	p. 423
POSTER 115.....	p. 424
POSTER 116.....	p. 425
POSTER 119.....	p. 426
POSTER 121.....	p. 427
POSTER 124.....	p. 429
POSTER 125.....	p. 431
POSTER 126.....	p. 433
POSTER 128.....	p. 435
POSTER 129.....	p. 437
POSTER 133.....	p. 439
POSTER 134.....	p. 442
POSTER 135.....	p. 443
POSTER 136.....	p. 445
POSTER 137.....	p. 447
POSTER 140.....	p. 449
POSTER 142.....	p. 452
POSTER 144.....	p. 454
POSTER 146.....	p. 457
POSTER 147.....	p. 459
POSTER 148.....	p. 461
POSTER 150.....	p. 463
POSTER 151.....	p. 465
POSTER 152.....	p. 467
POSTER 154.....	p. 469
POSTER 155.....	p. 471
POSTER 157.....	p. 473
POSTER 159.....	p. 475
POSTER 161.....	p. 476
POSTER 162.....	p. 478
POSTER 163.....	p. 480
POSTER 166.....	p. 482

POSTER 167.....	p. 483
POSTER 168.....	p. 484
POSTER 169.....	p. 485
POSTER 170.....	p. 488
POSTER 171.....	p. 490
POSTER 172.....	p. 493
POSTER 173.....	p. 495
POSTER 176.....	p. 498
POSTER 182.....	p. 500
POSTER 183.....	p. 502
POSTER 185.....	p. 504
POSTER 186.....	p. 506
POSTER 187.....	p. 508
POSTER 201.....	p. 511
ÍNDICE / INDEX	p. 515